Nr. 51. 16. grudnia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Anastazy LANDAU. Warszawa.

Istota i leczenie schorzeń tarczycy.

Z I-go Oddziału Szpitala Wolskiego.

Dokończenie.

Do tej pory omawialiśmy stany nadtarczyczności jawnej, lub wyraźnej to, co Labbé nazywa *hyperthyreoidisme franc.*, oprócz nich istnieją liczne stany nadtarczyczności mniej wyraźnej lub utajonej, które właściwie również mieszczą się w dawnem pojęciu *formes frustes* Basedowa. Między tarczycą normalną i koloidową a wolem basedowalnem, między gruczolakiem nietoksycznym i toksycznym istnieje cały szereg stanów przejściowych, w których wole, objawy oczne, drżenie, pobuliwość nerwowa, zaburzenia sercowe i wzmożenie przemiany materji tworzą najrozmaitsze skojarzenia o przeróżnem nasileniu. Wszystkim tym stanom właściwe są niewielkie wzniesienia metabolizmu, nieprzekraczające + 30% — + 40%; z pozostałych objawów wszystkie lub każdy zosobna może być nieobecnym lub też posiadać różne stopnie nasilenia. Zachowanie się tarczycy w tych przypadkach jest wielce różne: w jednych wymacuje się wyraźne wole guzkowe lub guzowate różnej wielkości, w innych przypadkach tarczyca jest pozornie jednolicie powiększona, sprawiając wrażenie *struma colloides* z utajoną tendencją do przeistoczenia się w *adenomatoso-colloides*, wreszcie w trzeciej grupie brak jest wogóle wola, ale objawy ze strony serca, nierównowaga wegetatywna lub pobudzenie nerwowe skłaniają do zbadania podstawowej przemiany materji, która wykazuje zwiększenie. Niedawno spostrzegaliśmy na oddziale autopsyjny przypadek niedomogi mięśnia sercowego z niemiarowością zupełną, dotyczący 51-letniej kobiety, która skarżyła się na serce od 15 lat; niemiarowość zupełna oraz wieloletnie skargi sercowe u względnie młodego osobnika, nasuwały podejrzenie przewlekłej nadtarczyczności utajonej, a tymczasem tarczyca była tylko nieznacznie wydatniejsza, na wygląd prawie normalna. W przypadku powyższym rozpoznaliśmy utajony gruczolak tarczycy; na sekcji oba boczne jej płaty zawierały guzki gruczolakowe wielkości prawie wiśni. Wspólną cechą podobnych przypadków umiarkowanej nadtarczyczności jest ich stan utajenia, brak zazwyczaj zespołu ocznego, a na ich obraz kliniczny oprócz wzmożonego metabolizmu składają się objawy sercowe (tachykardja, niemiarowość zupełna lub nadliczbowa), skargi nerwowe (pobudzenie, zły sen, potliwość), nieznaczne chudnięcie, czasem stany podgorączkowe z t° 37° z kreskami i t. d. Przypadki podobne zwykle dobrze reagują na rozczyn Lugola; przy wyższych poziomach podstawowej przemiany materji doskonały wynik osiągany jest z naświetlania lub wycięcia tarczycy, co jest wymownem świadectwem, jaka jest istota i gdzie mieści się siedlisko choroby. Dla ścisłości dodamy, iż w rozpoznaniu nadtarczyczności nie można powoływać się na żaden odosobniony objaw fizykalny, bowiem żaden objaw nie jest patognomoniczny i w obrazie basedowalnym brak być może jednocześnie dwu tak kardynalnych objawów jak wytrzeszcz i wole; jedynie miarodajnem w podobnych przypadkach jest stwierdzone stałe wzmożenie podstawowej przemiany materji. Ostatnio M. Labbé jako swoistą dla nadtarczyczności wysunął nową triadę: wzmożenie podstawowej przemiany materji, chudnięcie, przyspieszenie tętna. Właściwie triada powyższa jest zespołem *adenoma toxicum* Plummera, w którym opuszczona została nieistniejąca żółtaczka. Ta nowa triada bezwzględnie stwierdzić się zawsze daje w toksycznej nadtarczyczności jawnej z wysokim poziomem metabolizmu; natomiast w nadtarczyczności utajonej z poziomem metabolizmu + 20% + 30% dobry apetyt i obfite odżywianie mogą całkowicie pokryć wzmożone potrzeby energetyczne ustroju tak, że chorzy ci nietylko nie szczupleją, lecz zachowują swą wagę, a nieraz nawet zaliczeni być mogą do tęgich; podstawową ich skargą są zaburzenia sercowe, pomimo iż przyspieszenie tętna jest umiarkowane i rzadkie przekracza 90—100 uderzeń na minutę.

Po skutecznem leczeniu operacyjnem lub konserwatywnem (jodowanie, grupa barbiturowa, chinidyna i t. d.) u wielu chorych z nadtarczycznością pozostaje cały szereg objawów, który zaklasyfikować należy, jako postbasedowalny. Już wyżej zaznaczyliśmy, iż obraz kliniczny choroby Basedowa składa się z dwu zespołów: nadmiernej czynności tarczycy (wzmożony metabolizm, chudnięcie) i objawów neurowegetatywnych. Skuteczne leczenie usuwa nadczynność tarczycy, podstawowa przemiana materji wraca do normy, chorym szybko przybywa waga, ale objawy nerwowo-wegetatywne trwać mogą dalej w różnem skojarzeniu i w różnym stopniu nasilenia. Objawy te ująć można w zespół postbasedowalny; są to: łatwe męczenie się fizyczne, pobudliwość nerwowa, różne stany lękowe, skłonność do bezsenności, biegunek i potów, przyspieszenie tętna po wzruszeniach; wreszcie do zespołu postbasedowalnego zaliczyć należy objawy pobudzenia szyjnego nerwu współczulnego, bowiem wytrzeszcz i inne *petits signes* oczne odznaczają się największą opornością w ustępowaniu i najdłuższem trwaniem. Charakterystyczną cechą zespołu nerwowego postbasedowalnego jest to, iż idzie on w parze z prawidłowym metabolizmem. Otóż skojarzenie objawów, stanowiących zespół postbasedowalny, istnieć może, jako oddzielna jednostka chorobowa u ludzi, u których nadtarczyczność nigdy nie występowała; a więc zespół ten całkowicie powstać może na podłożu nie tyrotoksycznem, lecz neurowegetatywnem, zależnie od wzmożonego napięcia i pobudliwości poszczególnych odcinków układu wegetatywnego. Labbé w tych razach mówi o zespole parabasedowalnym; iść on może w parze z prawidłowo macalną tarczycą, wolem koloidowem, guzkowem lub guzowatem i nieraz nasuwa podejrzenie prawdziwej nadtarczyczności. Ale prawidłowa podstawowa przemiana materji oraz zupełna nieskuteczność środków leczniczych basedowalnych (operacje, naświetlanie Roentgenem, jodowanie) dowodzą, iż mamy tu do czynienia z nerwicą wegetatywną z wolem lub bez niego. I istotnie przetwory bromowe, barbiturowe, arszenik, hydropatja, odpoczynek — oto są środki, które pozwalają tu osiągnąć efekt leczniczy. Z punktu widzenia różniczkowo-rozpoznawczego do najtrudniejszych należą przypadki, w których zespołowi parabasedowalnemu towarzyszy podstawowa przemiana materji, oznaczona plusami, a zwłaszcza + 10% + 15%. Nieraz w tych razach jedynie eksperyment leczniczy (jodowanie, naświetlanie Roentgenem) jest w stanie rozstrzygnąć *ex juvantibus*, czy mamy do czynienia z pierwotną nadtarczycznością utajoną, czy też tylko z nerwicą wegetatywną.

Wogóle postawić sobie należy pytanie, czy słuszna jest nazwa parabasedow? Zdaniem naszem, bardziej celowem jest, by uniknąć zamieszania, używać słowa „basedow" wyłącznie do oznaczenia stanów z nadtarczycznością, a o zespole parabasedowalnym Labbé'go mówić, jako o nerwicy wegetatywnej. Crile nazwał ją *„neurocirculatory asthenia"*.

IV.

Leczenie schorzeń tarczycy bez wzmożonej jej czynności dotyczy wola koloidowego i gruczolakowego; wole rozlane rozrostowe bez nadtarczyczności jest w patologji ludzkiej zjawiskiem rzadkiem i, jak wyżej podkreśliliśmy, stanowi tylko drobny odsetek wola młodocianego. W leczeniu wola bez nadtarczyczności odróżniać należy leczenie zapobiegawcze i już istniejącego schorzenia; to pierwsze jest kwestją palącą w okolicach, nawiedzonych przez wole nagminne. Leczeniem zapobiegawczem wola nagminnego nie będziemy się w tej chwili zajmować; podstawą jego jest dostateczne zaopatrywanie ustroju w jod, co w wielu krajach jest dokonywane przez jodowanie spożywanej soli kuchennej; 1 kg sprzedażnej soli kuchennej zawiera 2,5 — 5 mg KJ. Spożywanie soli kuchennej jodowanej jest bezwzględnie skuteczne, o ile sprawa dotyczy dzieci; metoda ta jest jednak ryzykowna u dorosłych, bowiem u nich pod wpływem jodowania nieczynne wole gruczolakowe może ulec przeistoczeniu basedowalnemu. Tu tkwi źródło Jod-Basedow'a Kochera i jego ostrzeżeń, by w schorzeniach tarczycy nie używać jodu. Obecnie ustalonem zostało, iż jod w leczeniu zmian tarczycowych jest środkiem wielce skutecznym i pomocnym; trzeba tylko wiedzieć, kiedy i jak go stosować. Wracając do zapobiegawczego leczenia wola nagminnego, to oprócz soli jodowanej, która bez wszelkiej obawy

może być stosowana w wieku dziecięcym, są inne jeszcze metody podawania jodu. Crile za środek wystarczający uważa podawanie 1 tabletki jodostaryny tygodniowo, zawierającej 1 mg jodu; Marine radzi podawać 2 razy rocznie po 2,0 g KJ, każdorazowo *in dosi refracta* w przeciągu dwóch tygodni, co wyniesie 0,14—0,15 g KJ dziennie.

Zasady leczenia wola rozlanego nietoksycznego, czy będzie niem rozrostowe czy też koloidowe, są te same. Ponieważ w danym razie mamy do czynienia z zubożeniem tarczycy w jod, bądź wskutek braku dowozu jodowego lub upośledzonej jodopeksji (wole nagminne), bądź też wskutek chwilowo zwiększonych zapotrzebowań tyroksyny (wole młodociane lub w ciąży), przeto podstawą leczenia wola rozlanego bez nadtarczyczności jest podawanie jodu, co zresztą stosowane jest z powodzeniem od bardzo dawna. Według Crile'a w wolu koloidowem młodocianem wystarcza podawać 5 mg jodu dziennie, w ciąży dawka dzienna powinna wynosić 10 mg. Lepiej jest podawać jod z przerwami, np. 4 dni w tygodniu po 2, ew. 4 krople amerykańskiego rozczynu Lugol'a (*Jodi puri* 0,5, *Natrii jodati* 1,0, *Aq. destil.* 10,0). Pod wpływem dłuższego jodowania wole koloidowe powoli przeistacza się w prawidłową tarczycę; koloid staje się bardziej płynnym, powoli wchłania się, objętość pęcherzyków gruczołowych kurczy się, ich nabłonek wyścielający z płaskiego staje się kostkowym. W przypadkach wola koloidowego, przebiegających bez pobudzenia wegetatywnego, kiedy przeciwnie pacjent jest ospały, senny, porusza się i mówi wolno, a twarz jest blada i nalana oraz gdzie metabolizm znajduje się poniżej 0, na minusach, celowem jest dodanie do jodu minimalnych ilości tyreoidyny, wystarczy w tych razach 1 pastylka 0,1 tyreoidyny na tydzień, w dwu dawkach po 0,05. Dodanie tyreoidyny do jodu niewątpliwie przyspiesza powrót tarczycy koloidowej do normy. Przypadki wola koloidowego, którym towarzyszy nerwica wegetatywna, wymagają prócz jodowania stosowania nieraz bromu, małych ilości środków barbiturowych, nacierań, lekkiej hydropatji i t. p.

Wyżej już zaznaczyliśmy, iż w każdem wolu koloidowem po rocznem mniejwięcej jego trwaniu zaczynają się tworzyć gruczolaki; jodowanie wola gruczolakowego nie jest pozbawione ryzyka, bowiem daje to pewien odsetek nawarstwiania się zespołu tyrotoksycznego, basedowalnego na wole nieczynne. Obecność w wolu nieczynnem jawnych guzków czy też guzów gruczolakowych jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do jodowania. Ale jak należy postępować, gdy wole nietoksyczne jest całkiem jednostajne, bez macalnych guzków? Bardzo często nieduże gruczolaki mogą się znajdować wewnątrz wola koloidowego i przy obmacywaniu niczem nie zdradzać swej obecności. W tych warunkach kierować się należy statystyką, która poucza, iż, im dany osobnik jest starszy, tem więcej jest szans, iż wole pozornie koloidowe jest w istocie wolem gurczolakowo-koloidowem. Jak już o tem pisałem w r. 1926, Marine ustalił prawidło dla okolic z wolem nagminnem, iż wole nietoksyczne rozlane u dzieci do lat 10 musi być bezwzględnie jodowane, w wieku od lat 10 do 20 jodowanie powinno być nieco oględniejsze, a w wieku od lat 20 do 30 — bardzo ostrożne. Na równinie mazowieckiej, gdzie niema wola nagminnego, każde wole rozlane bez nadtarczyczności powinno być jodowane, zwłaszcza u dorastającej młodzieży i w pierwszej ciąży. Jodowanie do roku 25 może być śmiałe, powyżej tego wieku nakazana jest pewna ostrożność, przyczem należy ustalić, od jak dawna zauważono powiększanie się tarczycy. Niezadawnione wole rozlane, bez macalnych guzków powinno być jodowane bez względu na wiek; a zaś wole gruczolakowe guzkowe lub guzowate, przebiegające bez nadtarczyczności stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania jodu. Wskazane tu są przetwory fosforowe, a w razie obecności nerwicy wegetatywnej również środki nerwowe (brom, małe dawki leków z grupy barbiturowej). Naświetlanie Roentgenem czy też radem wola nietoksycznego, koloidowego lub gruczolakowego, jest całkiem bezcelowe, bo nie prowadzi do żadnych rezultatów. Wole guzowate jest wskazaniem do operacji, gdy występują objawy uciskowe ze strony narządów sąsiednich (tchawica, przełyk, pnie żylne); nieraz zabieg operacyjny jest dokonywany w celach kosmetycznych lub by zapobiec przeistoczeniu się wola nieczynnego w basedowalne. W przypadkach *struma cystica* wskazanie operacyjne może być nagle, a mianowicie w razie wielkich krwotoków do jam.

Jakkolwiek toksyczna nadtarczyczność w spółczesnem ujęciu sprawy jest niezwykle ścisłem zespoleniem dysfunkcji tarczycy z zespołem nerwowo-wegetatywnym, to jednak na obu kontynentach coraz bardziej wzrasta ilość zwolenników chirurgicznego leczenia choroby Basedowa. Powołują się oni z jednej strony na to, iż tarczyca jest ostatecznie głównem siedliskiem choroby, jako wytwórnia nadmiaru hormonu tarczycowego, stale przesyłanego na obwód, z drugiej zaś — iż wydatna redukcja rozmiarów tarczycy, a mianowicie wycięcie jej 4/5 lub jeszcze więcej (*strumectomia subtotalis*), daje największy odsetek trwałego wyleczenia. Ponieważ w leczeniu choroby Basedowa nigdy nie wolno zaczynać od operacji, bowiem do niej chory musi być zawsze przygotowany, a przygotowanie to jest niemal identycznem z leczeniem konserwatywnem, ponieważ to ostatnie wcale nierzadko daje bardzo efektowne wyniki wyleczenia i poprawy, wyłożymy nasamprzód zasady leczenia konserwatywnego. Metod i środków leczniczych jest bez liku i dlatego najprościej będzie, jeżeli podam, jak osobiście postępuję w chorobie Basedowa o znaczniejszem natężeniu; postępowanie to jest jednakowe, bez względu na formę objawową, czy mamy do czynienia z typem pierwotnym choroby Basedowa, czy też z postacią wtórną gruczolaka toksycznego. Chorego kładę do łóżka (o ile można w sanatorjum), pozwalając mu na jednogodzinną przejażdżkę dziennie oraz na krótkie wstawanie do głównych posiłków. Przekonałem się, iż te krótkie przerwy w zupełnem unieruchomieniu chorych mają swe uzasadnienie psychiczne. Minimalna ilość wysiłku, związana z temi przerwami, oraz nadwyżka wydatkowanej na nie energji w niczem nie zmieniają pomyślnego biegu leczenia. Bezwzględne unieruchomienie w łóżku stosuję tylko u wyjątkowo ciężko chorych, jeżeli tego wymagają niezwykle okoliczności. Należy pamiętać o tem, by pomieszczenie chorych w lecie nie było południowem, bo są oni wyjątkowo wrażliwi na wszelką insolację. 1—2 razy dziennie otrzymują oni nacierania całego ciała wodą pokojową, ew. z dodaniem octu aromatycznego lub spirytusu. Nacierania te w pomyślnych warunkach domowych lub sanatorjum mogą być zastąpione przez łagodne i krótkie zabiegi hydropatyczne, półkąpiel 32—33° z oblewaniem nieco chłodniejszem lub 2—3 minutową kąpiel 35° z jednominutowym prysznicem 16—20°. Na serce 2 razy dziennie stosuję ochładzacz lub pęcherz z lodem na pół godziny. Dieta musi być obfita z przewagą węglowodanów, z małą ilością mięsa lub bezmięsna, z małą ilością jarzyn obficie błonnikowych. Podstawą leczenia farmakologicznego jest jodowanie, bez którego żadne leczenie nie udaje się; wyjątek stanowią toksyczne przypadki t. zw. jod-basedowa. Od wielu lat przekonałem się, iż samo jodowanie w leczeniu choroby Basedowa jest środkiem zgoła niewystarczającym. Każdy chory, leżący w łóżku, otrzymuje zastrzykiwania arszeniku (kakodyl, arsylen, solarson), do którego ostatnio dodaję stale 6—10 jednostek insuliny na dobę; dodanie małych ilości insuliny do arszeniku przyczynia się do rychłego opanowania sytuacji na odcinku ogólnego odżywiania: waga ciała nietylko przestaje opadać, lecz szybciej zaczyna iść w górę. Ponieważ wybitną rolę w obrazie klinicznym Basedowa odgrywają objawy nerwowe i wegetatywne, uważam, iż niema skutecznego leczenia tej choroby bez obniżenia pobudliwości i napięcia układu nerwowego wogóle, i wegetatywnego w szczególności. Każdy chory z rozpoznaniem choroby Basedowa długie tygodnie, a nieraz i miesiące otrzymuje 2 razy dziennie proszki o następującym składzie: *Chinidini sulfurici* 0,2, *Bromurali* 0,25—0,3, *Gardenali* lub *Luminali* 0,05 — 0,08; nieraz można brom zapisać oddzielnie w innej formie. Chinidynę, jako *sedativum* sercowe, stosuję, jak wyżej podano, w ilości 0,4 na dobę przez bardzo długi okres czasu; nadwrażliwość na nią jest zjawiskiem rzadkiem. W razie łatwego występowania trądzika bromowego należy z bromu zrezygnować. 0,1—0,15—0,2 gardenalu lub luminalu na dobę uważam za kardynalną składową część leczenia farmakologicznego choroby Basedowa. Wstrzykiwania arszeniku z insuliną, połączone nieodłącznie z podawaniem środków, obniżających pobudliwość układu nerwowego i serca, w znacznym stopniu przyczyniają się do powodzenia leczenia jodowego; przekonałem się niejednokrotnie, iż to ostatnie bez tych środków pomocniczych, spalić może na panewce.

Jak należy jodować toksyczną nadtarczyczność? Uważam, iż w przewlekłem leczeniu pierwotnego Basedowa i wtórnego gruczolaka toksycznego, dawka dzienna 2 razy po 10 kropel amerykańskiego rozczynu Lugola jest całkiem wystarczająca; rzadko kiedy stosuję rozczyn Lugola 3 razy dziennie w ogólnej ilości 30 kropel. Dawki większe od powyższych wskazane są wyłącznie w okolicznościach nadzwyczajnych, w czasie przełomów pooperacyjnych lub innych. Nie mogłem się przekonać, by frakcjonowane podawanie jodu, jak to radzi Dautrebande, lub podawanie w zwykłych okolicznościach dawki dziennej Lugola ponad 20 — 30 kropel dawały jakieś namacalne korzyści. Nieczęste przypadki jodooporne, w których dzienna dawka 30 kropel Lugola łącznie z innemi środkami leczenia konserwatywnego nie są w stanie opanować sytuacji, nie odnoszą żadnych korzyści z mocniejszego jodowania i podniesienia dawki Lugola. Jodowania nie przeprowadzano jedynie w przypadkach jod-basedowa; zato z całym naciskiem podkreślić należy, iż w przebiegu Basedowa nie wolno przerywać jodowania w czasie powikłań go-

rączkowych; w tych warunkach raczej baczyć należy, by było ono dostateczne i bardzo dokładne. Gdy powyższe leczenie skombinowane jest skuteczne, a nieraz działanie jego jest niemal natychmiastowe, w stanie chorych stwierdzamy poprawę: niepokój nerwowy mija, sen staje się głębszym i dłuższym, waga ciała wzrasta, czynność serca zwalnia się i staje się mniej gwałtowną, poziom podstawowej przemiany materji obniża się, tarczyca zmniejsza się w swych rozmiarach, rozlane wole miąższowe pod wpływem jodowania przekształca się w koloidowe, rzadko w guzkowe lub guzowate; zawartość jodu w wolu basedowalnem, zazwyczaj bardzo niska, powoli wzrasta. Poprawa w chorobie Basedowa nigdy nie odbywa się równomiernie na wszystkich odcinkach frontu chorobowego, zwłaszcza podkreślić należy oporność w ustępowaniu wytrzeszczu i innych objawów pobudzenia szyjnego nerwu współczulnego. Nieraz rzuca się w oczy brak ścisłego stosunku między spadkiem metabolizmu, a ustępowaniem tachykardji i objawów ocznych; zespoły sercowy i oczny trwać mogą prawie w niezmiennem nasileniu pomimo znacznej poprawy metabolizmu.

Do rzędu środków leczenia konserwatywnego należy naświetlenie tarczycy promieniami Roentgena lub radem, których mechanizm działania na tarczycę jest jednakowy. Energja promieniotwórcza obniża zdolność produkcyjną tarczycy nie przez bezpośrednie zadziałanie na komórkę miąższową, lecz przez uszkodzenie śródbłonka naczyniowego; unaczynienie tarczycy staje się skąpszem przez zamknięcie światła drobnych naczyń, stąd bujanie tkanki łącznej i przeistoczenie włókniste tarczycy. Pod tym względem działanie promieni Roentgena i radu jest podobne do podwiązania tętnic. Stosowanie Roentgena i radu nie są w cięższym Basedowie zabiegami obojętnemi i dlatego nigdy nie należy od nich zaczynać. Jest spory odsetek chorych przewrażliwych na naświetlania i dlatego powinny one być zawsze poprzedzone przez wyżej wspomniane leczenie farmakologiczne i hydropatię. Również śród chorych na Basedowa znajdą się i takie osobniki, które naświetlań absolutnie nie znoszą, bo po każdem naświetlaniu czują się gorzej, wzrasta niepokój nerwowy i hipertermja, sen jest gorszy, tętno ulega większemu przyspieszeniu, metabolizm nie opada, a raczej idzie wgórę. Wogóle działanie promieni Roentgena i radu w chorobie Basedowa jest wielce kapryśne; śród lekarzy jedni wcale nie uznają tej metody leczniczej, inni stawiają ją narówni z leczeniem chirurgicznem. Dużo zależy od doświadczenia rentgenologa i stosowanej przez niego techniki, o czem obecnie mówić nie będę.

Osobiście w ostatnich latach nigdy nie polegam w leczeniu konserwatywnem choroby Basedowa na jednym środku; leczenie jest zawsze skombinowane, co daje prawie 50% wyzdrowienia i spory dodatkowo odsetek znacznej poprawy. Z innych stosowanych w Basedowie środków — ergotamina (gynergen), antytyreoidyna, przetwory boru, wstrzykiwanie krwi zwierzęcej, zdaniem mojem wielkiego wpływu na przebieg choroby nie mają; natomiast prawdziwe usługi nieraz oddaje naparstnica. Stosować ją można przewlekle w bardzo małych dawkach tylko w przypadkach zadawnionej choroby Basedowa; tutaj zalecam wyłącznie *Tinct. Digitalis* 5—10 kropel na dobę. Większe dawki naparstnicy w zastrzyknięciu dożylnem lub pośladkowem stosuję w ostrych napadach niemiarowości zupełnej. Stany niedomogi mięśnia sercowego powinny być leczone według zasad ogólnych. Nadtarczyczność mniejszego nasilenia musi być traktowana według wyżej podanych prawideł, leczenie jednak wraz z jodowaniem powinno być mniej intensywne i dostosowane indywidualnie do potrzeb danego chorego i danej chwili.

Przypadki toksycznej nadtarczyczności, które nie poprawiają się po leczeniu konserwatywnem, stanowią wskazanie operacyjne. W pierwotnym Basedowie czekać można i należy 2—3 miesiące, w gruczolaku toksycznym z decyzją operacyjną można czekać dłużej tak, że leczenie konserwatywne może być prowadzone conajmniej 6 miesięcy. Jeżeli po tym czasie leczenie konserwatywne okazało się bezowocnem, powinna być dokonana t. zw. *strumectomia subtotalis*, z pozostawieniem 1/5—1/10 miąższu tarczycowego. Statystyki co do wyników operacyjnych wielce się od siebie różnią. Przytoczę tylko dane liczbowe Crile'a: na 12.690 operowanych nadtarczyczności odsetek śmiertelności = 3%, a 86% operowanych w ciągu niespełna roku wróciło do pracy; wytrzeszcz pozostał w 25% przypadków operowanych. Mniej pomyślna jest u nas statystyka Glatzla, który utrzymuje, iż spośród operowanych 1/3 wraca do zupełnego zdrowia, 1/3 poprawia się znacznie, 1/3 nie uzyskuje poprawy. Wprowadzone przez Plummera od przeszło 10 lat jodowanie przedoperacyjne nadtarczyczności znacznie poprawiło statystykę operacyjną, bowiem zapobiega ono w znacznym stopniu powstawaniu przełomów tyrotoksycznych pooperacyjnych oraz łagodzi ich ostrość. Oprócz tego jodowanie skróciło znacznie sam zabieg operacyjny, który w znakomitej większości przypadków przemienił się z wielorazowego w jednoczasowy tak, że zbędnem się stało przedwstępne podwiązywanie tętnic; również znacznie rzadziej dokonywane jest wycięcie jednego płatu tarczycy, bowiem ustąpiło ono miejsca operacji radykalnej — *strumectomia subtotalis*, która stanowi nietylko o odsetku, lecz i o trwałości wyzdrowienia. Jodowanie przedoperacyjne zradykalizowało wskazania i rozszerzyło zakres możności dokonywania operacji. Przeciwwskazania do wycięcia wola toksycznego znajdujemy na obu biegunach nadtarczyczności. Nie nadają się do operacji bardzo burzliwe przypadki choroby Basedowa z podstawową przemianą materji około + 100%, następnie przebiegające z zaburzeniami psychicznemi (urojenia) lub z wymiotami. Nawet przypadki z ciężką niedomogą serca powinny być, zdaniem Crile'a, operowane po uprzedniej digitalizacji i usunięciu obrzęków. Na przeciwległym krańcu przeciwwskazania operacyjnego znajdują się przypadki z lekką nadtarczycznością, w których metabolizm nie przekracza + 25% i na których obraz kliniczny składają się objawy nerwowe i wegetatywne o umiarkowanem nasileniu. Przypadki podobne przeważnie nie nadają się do operacji, ponieważ nie osiągają one od niej żadnych korzyści. O bezpośrednich powikłaniach pooperacyjnych niepodobna nam jest obecnie mówić. W pewnym odsetku operowanych pozostawiony odcinek tarczycy regeneruje, ulega on prze- i rozrostowi, tyrotoksyczny zespół basedowalny wraca, niezbędna jest ponowna operacja. Niektórzy w takich razach mówią nie o nawrocie choroby, lecz o jej nasileniu, utrzymując, iż nigdy ona doszczętnie nie ustępuje. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie i ponowna operacja do celu nie prowadzi. Haberer opisuje przypadek, w którym strumektomja subtotalna nie miała powodzenia i w którym dokonane dodatkowo wycięcie grasicy spowodowało doszczętne wyleczenie. Crile od kilku lat postępuje inaczej. Dokonywa on operacji na nadnerczach. W 24 przypadkach toksycznej nadtarczyczności, w których bezskutecznie dokonane były dwie operacje wycięcia tarczycy, i w 21 przypadkach niezwykle ciężkiej choroby Basedowa, w których można było przewidywać wybuch śmiertelnego przełomu tarczycowego pooperacyjnego, Crile dokonał bądź wycięcia jednego nadnercza, bądź odnerwienia obu nadnerczy, które było wykonane dwuczasowo w odstępie tygodniowym. Wyniki operacyjne były bardzo pomyślne.

Co się tyczy leczenia nerwic wegetatywnych, na których obraz kliniczny składają się objawy, zapożyczone z zespołu basedowalnego, i których charakterystyczną cechą są normalne liczby podstawowej przemiany materji (+ 10— —10%), to nerwice te nie osiągają żadnych korzyści od środków, uważanych za swoiste w leczeniu choroby Basedowa. Chorzy ci nie poprawiają się po wycięciu tarczycy, naświetlaniu jej promieniami Roentgena lub radem; nieskuteczne jest również jodowanie. Stany chorobowe, o jakich mowa, natomiast poprawiają się po zastosowaniu umiarkowanych zabiegów hydropatycznych, bardzo krótkich i chłodniejszych kąpieli CO_2 oraz leków, obniżających pobudliwość układu nerwowego, ew. jego odcinka wegetatywnego. Mowa tu być może o przetworach bromowych, tych lub innych środkach z grupy barbiturowej, papawerynie, ergotaminie (gynergen), chinidynie, chininie, przetworach passiflory i t. d.

V.

Omówiliśmy do tej pory wole nietoksyczne, koloidowe i gruczolakowe oraz różne stany nadtarczyczności pierwotnej i wtórnej, cięższej i lżejszej, jawnej i utajonej. Obecnie w krótkim zarysie przedstawię sprawę podtarczyczności. Między atyreozą i normalną czynnością tarczycy istnieje znaczna ilość stanów pośrednich, których obraz kliniczny zależy przedewszystkiem od stopnia niedomogi tarczycowej, a następnie od wieku, w jakim ta ostatnia występuje. Nie będę w tej chwili zupełnie omawiał stanów t. zw. *hypotyreoidismus congenitus et infantum*, które klinicznie oprócz innych objawów niedomogi tarczycowej odznaczają się obecnością wybitnego upośledzenia inteligencji, t. zw. kretynizmu oraz zaburzeń w rozwoju kośćca i narządów płciowych. U dorosłych podtarczyczność może być jawna i wyraźna; świadczy o niej charakterystyczny obrzęk śluzowaty oraz znaczne obniżenie podstawowej przemiany materji —20—40%. Skóra w tych razach jest zgrubiała, sucha, łuszcząca się, o zabarwieniu blado-żółtem, woskowem. Pomimo iż robi ona wrażenie obrzękłej, ucisk palca nie zostawia dołków, ponieważ skóra nacieczona jest nie płynem obrzękowym, lecz swoistą substancją śluzowatą. Zgrubienie skóry szczególnie rzuca się w oczy na twarzy, której rysy są grube, powieki — workowate, szpary oczne — zwężone, dłonie — poduszkowate, dołki nadobojczykowe — mocno wypełnione. Na uwagę zasługuje wielka suchość włosów, które łatwo wypadają, tworząc charakterystyczną ły-

sinę na skroniach nad uszami; wypadają zewnętrzne połowy brwi. Paznokcie są kruche, podłużnie prążkowane. Zgrubieniu ulega nietylko skóra, lecz i błony śluzowe, stąd grube wargi oraz łatwość tworzenia się polipów nosowych, chętnie i wielokrotnie wycinanych przez specjalistów. Na obraz kliniczny jawnej podtarczyczności z obrzękiem śluzowatym składa się nadto cały szereg różnorodnych objawów, które sprowadzają się do ograniczenia procesów spalania ustrojowego, do zmniejszonego spożytkowania O_2 (poniżej 2 cm^3 na minutę), zależnie od braku lub niedostatecznej zawartości w tkankach normalnego katalizatora — hormonu tarczycowego. A więc zanotować należy hipotermję z wrażliwością na zimno i akrocyjanozą twarzy i kończyn, zwolnienie procesów psychicznych z powolnością w ruchach, mowie i myśleniu, roztargnienie, brak pamięci; rozszerzenie serca z powierzchownemi jego skurczami i niskim woltażem w elektrokardjogramie (objaw Zondek'a), uporczywa obstrukcja, utrata *potentiae* i *libido sexualis*, najrozmaitsze zaburzenia w miesiączkowaniu od bardzo obfitych perjodów do zupełnego ich braku, stany niedokrwistości z limfocytozą, uporczywe skargi na bóle głowy i pseudoartrytyczne — w krzyżu i w kończynach.

Takim w krótkości jest obraz kliniczny obrzęku śluzowatego, który nieodłącznie idzie w parze ze znacznym spadkiem podstawowej przemiany materji — 20% — 40%. Niema obrzęku śluzowatego bez znacznej podtarczyczności, ale podtarczyczność nie jest równoznaczna z obrzękiem śluzowatym. Między tym ostatnim a normalną tarczycą istnieje szereg stanów pośrednich, których znamienną cechą jest umiarkowany spadek metabolizmu w granicach od 0 do — 20%; jest to przeważnie podtarczyczność utajona albo niepełna, lub monosymptomatyczna, na którą oprócz ogólnoustrojowego ograniczenia procesów spalania składają się objawy, zazwyczajześrodkowane na jednym narządzie lub zespole narządów. Mogą to być 1) objawy nerwowe — bóle głowy lub neuralgiczne, stany depresyjne, psychastenja, 2) zaburzenia sercowe łącznie ze zwłóknieniem mięśnia sercowego, 3) uporczywa obstrukcja, 4) zaburzenia w miesiączkowaniu, 5) białkomocz, 6) szczątkowe objawy skórne z hipotermją i wrażliwością na zimno, 7) bóle pseudoartrytyczne. Poronna podtarczyczność nieraz nawarstwia się na pozostałości basedowalne, z których przedewszystkiem wymienić należy wytrzeszcz i przyspieszenie tętna.

Mechanizm powstawania podtarczyczności u dorosłych jest wieloraki. Pierwsze przypadki obrzęku śluzowatego opisane zostały w następstwie radykalnego usunięcia wola nagminnego (Reverdin — *myxoedème postopératoire*, Kocher — *cachexia strumipriva*). Podtarczyczność wystąpić może, jako choroba samoistna, bez wyraźnego momentu wywołującego, innym znów razem w następstwie przebytych chorób zakaźnych — tyfus, kiła i t. d., skutkiem operacji wola basedowalnego, kiedy pozostały odcinek uległ zanikowi po naświetleniu tego wola promieniami Roentgena lub radem, a nieraz skutkiem samorzutnych zmian, zaszłych w wolu basedowalnem. Podłożem anatomicznem podtarczyczności jest bądź zwykły zanik, który zdarzyć się może w następstwie długotrwałego głodu jodowego, bądź przeistoczenie włókniste pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena lub radem, bądź wreszcie ucisk i zanik miąższu gruczołowego w *struma nodosa*. Rozpoznanie klasycznego obrzęku śluzowatego nie nastręcza żadnych trudności, natomiast w stanach podtarczyczności poronnej lub monosymptomatycznej decyzja jest nieraz niezwykle trudna, bowiem w konkretnym przypadku należy rozstrzygać, czy pierwotnemu schorzeniu uległa tarczyca, czy też mamy do czynienia ze schorzeniem tego lub owego narządu, które wtórnie pociągnęło za sobą spadek metabolizmu. Wszelkie stany z metabolizmem poniżej 0 muszą budzić podejrzenie pierwotnej podtarczyczności; wątpliwości tego rodzaju zostają z łatwością wyjaśnione przez leczenie substytucyjne, bowiem po zastosowaniu tyreoidyny objawy pierwotnej podtarczyczności szybko ustępują. Dawkowanie tyreoidyny, ew. tyroksyny zależne jest od poziomu metabolizmu. W rozwiniętym obrzęku śluzowatym u dorosłych jesteśmy w stanie przywrócić chorego osobnika do normy przez podawanie w ciągu pierwszych 2—4 tygodni 2—4 tabletek tyreoidyny po 0,3; po ustąpieniu przedmiotowych i podmiotowych objawów obrzęku śluzowatego dawką, utrzymującą równowagę metabolizmu i zapobiegającą nawrotowi objawów chorobowych, jest 2—3 razy na tydzień po 0,3 tyreoidyny. Dawkowanie tyreoidyny i wogóle cały przebieg leczenia muszą być kontrolowane przez częste oznaczanie metabolizmu, jednocześnie zwracać należy uwagę na wagę, ciepłotę, ilość tętna i sen. Zdarzają się przypadki przewrażliwe na tyreoidynę i jednocześnie oporne względem ustępowania objawów podstawowych. W przypadkach podtarczyczności utajonej, monosymptomatycznej dawki tyreoidyny powinny być znacznie mniejsze od wyżej podanych. Należy pamiętać, iż istnieją stany podtarczyczności utajonej z objawami pseudoartrytycznemi i nerwowemi, ze strony serca, bądź wreszcie miesiączkowania, które absolutnie nie poprawiają się przy leczeniu, skierowanem na dany narząd, a które ustępują całkowicie, jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej, po dodaniu do zwykłego leczenia małych lub nawet minimalnych dawek tyreoidyny.

VI.

Jaki pożytek wynika z omówienia wola nieczynnego, stanów nadtarczyczności i podtarczyczności dla leczenia zdrojowego? Rokrocznie po skończonych sezonach w zdrojowiskach widuje się dość liczne zastępy pacjentów, którzy zwracają się do lekarza ze skargami na dolegliwości sercowe i nerwowe, bowiem po kuracjach kąpielowych uległy one znacznemu nasileniu, ew. dopiero po nich wystąpiły. Z punktu widzenia rozpoznawczego chorych tych podzielić można na dwie kategorje. Po pierwsze są to chorzy z umiarkowaną nadtarczycznością utajoną, przeważnie bez wyraźnego wola, których sprowadza do lekarza niepokój nerwowy, bezsenność, sensacje sercowe, nieraz połączone z rzadkiemi skurczami nadliczbowemi, łatwe męczenie się wysiłkowe, czasem hipertermja z t° 37,3 — 37,4°; badanie podstawowej przemiany materji wykazuje tu wyraźne wzmożenie, dochodzące nieraz nawet do + 30% + 40%. Drugą kategorję stanowią osobniki z identycznemi skargami, których metabolizm waha się w granicach prawidłowych, nie przekraczając + 10% i u których należy rozpoznać nerwicę wegetatywną typu parabasedowalnego Labbé'go. Badanie fizykalne tarczycy stwierdza bądź normalny gruczoł, bądź też nieznaczne wole koloidowe lub gruczolakowe nieczynne, jak to wynika z oznaczenia podstawowej przemiany materji. Wszystkie powyższe kategorje chorych nie znoszą kuracji, że tak powiem, gorącej, wszystko jedno w jakiej formie będzie ona zastosowana, czy to będzie plażowanie z długiem wygrzewaniem się na słońcu, czy kąpiele solankowe lub borowinowe, czy wreszcie zbyt ciepłe i długie kąpiele kwasowęglowe. Pacjenci wymienieni nie znoszą żadnych zabiegów gorących, conajwyżej zalecane im być mogą krótkie (5—8 minutowe) i dość chłodne (30—32°) kąpiele kwasowęglowe; kąpiele solankowe i borowinowe są bezwzględnie przeciwwskazane. Natomiast wskazana jest i oddaje znaczne usługi umiarkowana hydropatja — letnie półkąpiele (32 — 33°) z chłodniejszemi oblewaniami, 3 minutowa letnia kąpiel 35° z zimnym prysznicem, nacierania i t. d. Już zmienny szkocki natrysk może być dla niektórych tych chorych zbyt silnym zabiegiem i dlatego działanie jego na stan nerwowy, tętno i sen musi być ściśle kontrolowane. Chorzy z wyraźną nadtarczycznością, z podstawową przemianą materji powyżej + 30%, nie kwalifikują się do żadnego leczenia kąpielowego; należy ich leczyć w sanatorjach, w górach lub w warunkach domowych, gdzie ich potrzeby lecznicze mogą być należycie i indywidualnie uwzględniane.

Wielki sukces leczniczy osiągnąć mogą np. w Ciechocinku chorzy z podtarczycznością wyraźną lub utajoną, monosymptomatyczną. W bardzo znacznym odsetku chorzy ci przyjeżdżają do Ciechocinka ze skargami pseudoartrytycznemi na bóle w krzyżu, stawach, członkach, bóle neuralgiczne i istotnie kuracja gorąca w postaci kąpieli solankowych i borowinowych wraz z kuracją odtłuszczającą sprowadza wielką poprawę podmiotową i przedmiotową. Z pewną ostrożnością podobna kuracja gorąca musi być prowadzona u chorych z podtarczycznością, która jest następstwem przebytej choroby Basedowa i operacji tarczycy, bo tutaj nieraz pozostać może pewna nadwrażliwość układu sercowo-naczyniowego i skłonność do przyspieszonej akcji serca. W pewnym odsetku chorych z podtarczycznością sama kuracja zdrojowiskowa nie wystarcza i należy ją wesprzeć przez podawanie tyreoidyny; dawkowanie tej ostatniej musi być kontrolowane przez oznaczanie podstawowej przemiany materji; nie należy przytem sobie lekceważyć zwykłej obserwacji lekarskiej z baczną kontrolą tętna, wagi, snu, samopoczucia chorych i t. p.

Z tego, co powiedziałem, wynika, iż zwykłe badanie i obserwacja lekarska pacjentów, zjeżdżających do Ciechocinka, winny być bezwzględnie uzupełnione badaniem podstawowej przemiany materji. Oznaczanie to pozwoli odrazu wziąć poza nawias leczenia zdrojowiskowego chorych z wyraźniejszą nadtarczycznością, a zaś w nadtarczyczności nieznacznej i utajonej pozwoli stosować nie szablonową kurację gorącą, lecz hydropatję letnią lub chłodniejszą, ew. odpowiednio wydawkowane kąpiele CO_2. Unikniemy przez to narzekań pacjentów, iż Ciechocinek im zaszkodził. Oznaczanie podstawowej przemiany materji w podtarczyczności da nam możność regulowania tempa i natężenia kuracji kąpielowej, a równocześnie wskaże, czy potrzebna jest i w jakich dawkach tyreoidyna. O jednej miejscowości zdrojowej w Europie wiem, iż posiada ona i szczęśliwie operuje aparatem do oznaczania podstawowej przemiany materji; jest nią Brides les Bains we Francji; nawet słynny Marienbad nie zrobił pod tym względem żadnych postępów. Jestem zdania, iż Ciechocinek powinien dla przykładu w Polsce

zainstalować pierwszy tego rodzaju aparat, który przynieść może nieocenione usługi zarówno zdrojowisku, jak kuracjuszom. Koszt aparatu jest niewielki, nie przekroczy 1000 złotych, a dochód z niego niewątpliwie opłaci lekarza, który dokonywać będzie oznaczeń podstawowej przemiany materji. Będę się bardzo cieszył, jeżeli odczyt mój przyczyni się do tej niezmiernie celowej, rzekłbym bezwzględnie potrzebnej inowacji, bez której, zdaniem mojem, nie może się obejść żadne spółczesne leczenie zdrojowo-kąpielowe.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. S. SKOWRON. Kraków.

Dalsze badania nad wpływem hormonu męskiego na narząd rodny samicy.

Z Zakładu Biologiczno-Embrjologicznego U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. E. Godlewski.

W pracy poprzedniej [1]) podaliśmy wyniki doświadczeń nad wpływem hormonu męskiego (hombreol) na narząd rodny niedojrzałych (1 — 1½ mies.) samic szczurów. Okazało się, że hormon męski uzyskany z moczu wywołuje podobnie, jak i wyciągi z tkanki jądrowej, stosowane przez Brouha'ę i Simonnet'a [2]) przerost rogów macicy u niedojrzałych samic szczurów i ruję, stwierdzaną w rozmazach pochwowych u trzebionych myszy. Równocześnie zauważyliśmy, że przerost macicy zaznacza się najsilniej u tych zwierząt, które otrzymywały wstrzyknięcia zarówno hormonu męskiego, jak i hormonu pęcherzykowego.

W pracy obecnej podaję wyniki doświadczeń, przeprowadzonych na niedojrzałych samicach królików, celem ustalenia, czy i u tych zwierząt hormon męski oddziaływuje na macicę w podobny sposób, jak u szczurów i czy odczyn ze strony macicy może być podstawą oznaczania przetworów, zawierających hormon męski. Wreszcie ciekawem teoretycznie było stwierdzenie, czy ustrój młodocianych samic w jednakowym stopniu i czasie oddziaływa na hormon płci własnej, jak i płci przeciwnej.

Doświadczenia wykonane były na samicach królików w wieku od 1—60 dni, w 20 badanych makro- i mikroskopowo serjach zwierząt doświadczalnych i towarzyszących im zwierzętach kontrolnych. W każdej serji zwierzęta doświadczalne i kontrolne pochodziły z jednego miotu, celem uniknięcia możliwych różnic w rozroście macicy. Wahaniom osobniczym w wielkości zwierząt, pochodzących z tego samego miotu nie towarzyszyły, jak stwierdzono, odpowiednie wahania w ukształtowaniu i wielkości macicy, która u wszystkich osobników jednego miotu i wieku posiadała prawie te same wymiary i tę samą budowę histologiczną. Okoliczność ta w znacznym stopniu ułatwiła przebadanie wpływu hormonu męskiego na zmiany w wielkości i budowie ścian macicy.

Podobnie jak niedojrzałe samice szczurów, tak i niedojrzałe samice królików odpowiadały rozrostem macicy na serję podskórnych wstrzyknięć hormonu męskiego. Jednorazowe dawki stosowane u dziesięciodniowych samiczek nie dawały jednak wyników dodatnich, dostrzegalnych w badaniu makroskopowem i drobnowidowem. Najwcześniej lekkie zmiany przerostowe i przekrwienie rogów macicy i jajowodów można było zauważyć u zwierząt strzykanych dwukrotnie w odstępie 24 g. i badanych po upływie 48 g. od chwili pierwszego zastrzyku. Zmiany występowały po wstrzyknięciu w sumie około 15 jednostek kogucich (j. k.) [3]). Nieporównanie wybitniejsze zmiany uzyskano przy rozłożeniu wstrzykiwanego hormonu na trzy dawki, podawane co drugi dzień. W tych wypadkach zwierzęta zabijano po pięciu dniach od chwili pierwszego zastrzyku. Po wstrzyknięciu podskórnem trzech kolejnych dawek, zawierających w sumie około 15 j. k., 10-dniowym samicom królików można było stwierdzić u nich po pięciu dniach makroskopowo powiększenie się rogów macicy i ich przekrwienie. W badaniu mikroskopowem stwierdzono silniejszy rozrost gruczołów, warstwy mięśniowej, wiotsze utkanie tkanki łącznej i rozszerzenie naczyń krwionośnych. Przy stosowaniu dawek silniejszych zmiany te zaznaczały się jeszcze wyraźniej, jak to wykazują załączone mikrofotografje przekrojów poprzecznych macicy u zwierzęcia kontrolnego (Ryc. 1) i zwierząt nastrzykiwanych hombreolem, zawierającym łącznie 12 (Ryc. 2), 36 (Ryc. 3) i 60 j. k. (Ryc. 4).

Podobne zmiany można, jak wiadomo, wywołać przez podawanie hormonu pęcherzykowego (folikuliny). Badając porównawczo rozrost ścian macicy przy podawaniu folikuliny jednym osobnikom, a hormonu męskiego drugim, pochodzącym z tego samego miotu, okazało się, że siła działania 1 j. k. odpowiada mniejwięcej 10 jednostkom mysim, tak np. 30 j. k. wywiera działanie podobne co 300 j. m.



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

Ryc. 1. Przekrój macicy 15 dniowej samicy królika. Powiększenie 20-krotne.

Ryc. 2. Przekrój macicy 15 dniowej samicy królika po wstrzyknięciu 12 j. k. Powiększenie 20-krotne.

Ryc. 3. Przekrój macicy 15 dniowej samicy królika po wstrzyknięciu 36 j. k. Powiększenie 20-krotne.

Ryc. 4. Przekrój macicy 15 dniowej samicy królika po wstrzyknięciu 60 j. k. Powiększenie 20-krotne. Wszystkie mikrofotografje sporządzono z preparatów zwierząt należących do jednego miotu.

Porównując zmiany wywołane w drogach rodnych niedojrzałych samic szczurów i królików pod wpływem hormonu męskiego, należy zauważyć, że przekształcenia komórek nabłonkowych, wskazujące na ich czynność wydzielniczą występują nieporównanie silniej u szczurów, niż u królików. Objaśnić to możemy stopniem rozwoju zwierząt, użytych do doświadczeń. Półtoramiesięczne szczury są bowiem dalej posunięte w rozwoju, niż 10-dniowe króliki, u których komórki nabłonka macicy nie zdoła hormon męski, lub żeński pobudzić do pełnej czynności wydzielniczej. Natomiast u zwierząt dwumiesięcznych wstrzykiwania hombreolu, lub folikuliny powodują zbieranie się, chociaż skąpej wydzieliny w świetle macicy.

Opisany wpływ hormonu męskiego, a także i żeńskiego na rozrost macicy niedojrzałych zwierząt może posłużyć jako probierz przy badaniu przetworów, mających zawierać hormon męski, a pozbawionych znaczniejszych ilości hormonu pęcherzykowego. Z chwilą wykazania już nietylko pokrewieństwa chemicznego [4]) obu hormonów, ale także i podobieństwa w ich działaniu fizjologicznem nieswoistość probierza na hormon jednej i drugiej płci jest zrozumiała i odczyn ze strony macicy niedojrzałych samic szczurów i królików może służyć jako podstawa do stwierdzania obecności i określania ilości hormonu męskiego w tych przypadkach, w których badane przetwory wolne są od większych ilości folikuliny. Za dodatnią stronę powyższego probierza należy uważać użycie w nim zwierząt nietrzebionych poprzednio (jak w probierzu wzrostu grzebienia i rozroście pęcherzyków nasiennych) i możność wykonania próby bez sporządzania preparatów mikroskopowych. U 10-dniowych królików płeć łatwo jest już oznaczyć i do badania wystarcza użycie dwóch samiczek, z których jedna

---

[1]) S. Skowron i E. Turyna. Pol. Gaz. Lek. Nr. 18. 1934.

[2]) L. Brouha i H. Simonnet. Compt. Rend. Soc. Biol. T. 99. 1928.

[3]) Do wstrzykiwań używałem hombreolu zawierającego w 1 cm³ oleistego roztworu 4, 20 i 120 j. k. Uzyskane wyniki były identyczne bez względu na stopień stężenia używanego roztworu. Tak np. po wstrzyknięciu 40 j. k. wynik był ten sam niezależnie od tego, jakiego użyto stężenia.

[4]) W. Schoeller, E. Schwenk i F. Hildebrandt. Naturwissensch. 1933.

W. Dirscherl i H. E. Voss. Naturwissensch. 1934.

otrzymuje zastrzyki, druga zaś służy jako sprawdzian. Jeżeli określimy za jednostkę hormonu męskiego w powyższym probierzu tę jego najmniejszą ilość, która rozłożona na trzy dawki w roztworze oleistym i wstrzykiwana co drugi dzień podskórnie 10 dniowym samicom królików wywołuje po pięciu dniach od chwili pierwszego zastrzyku przekrwienie i powiększenie macicy, to wtedy jednostka ta jest około 15 razy większą, niż jednostka kogucia.

Wpływ hormonu męskiego na macice zwierząt młodszych jest o wiele słabszy. U jednodniowych samiczek królików dwukrotny zastrzyk w ilości 20 j. k. nie wywołuje żadnych zmian w macicy. U zwierząt 4- lub 5-dniowych dwa zastrzyki powodują bardzo nieznaczne tylko powiększenie rogów macicy, po trzykrotnych wstrzyknięciach rozrost jest znaczniejszy, nie w tym jednakże stopniu co u zwierząt 10 dniowych. W związku z tem należy zaznaczyć, że u zwierząt młodszych (4—5 dni) i sam hormon pęcherzykowy nie daje tak widocznego odczynu, jak u samiczek starszych (10 dni). Z doświadczeń przeprowadzonych w tym kierunku wynika, że *ustrój samicy nie oddziaływa wcześniej przerostem swych dróg rodnych na hormon płci własnej, niż na hormon płci przeciwnej*. Jest to jeszcze jednym dowodem na podobieństwo w fizjologicznym oddziaływaniu obu hormonów płciowych, wskazując równocześnie na niedostateczne podstawy dawniejszych zapatrywań na antagonizm hormonów płciowych żeńskich i męskich.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. W. BROSS, asystent kliniki. Lwów.

O klinice i patogenezie tętniaków prawdziwych.
Uwagi o ich leczeniu chirurgicznem.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Ostrowski.

Tętniaki prawdziwe są stosunkowo rzadko spotykanem schorzeniem układu tętniczego. Sama patogeneza ich stanowi ciekawe zagadnienie, zaś z punktu widzenia chirurgicznego ciągle jeszcze wzbudzają one zainteresowanie przez swoje doniosłe znaczenie praktyczne i częstą konieczność interwencji chirurgicznej, spowodu bardzo poważnych, niejednokrotnie śmiertelnych krwotoków, w następstwie ich pęknięcia.

Nie ulega dla nas żadnej wątpliwości, że w dużym odsetku tętniaki prawdziwe powstają na tle kiły i miażdżycy. W przypadkach tętniaków tętnicy głównej jest, według Malmstena, tło kiłowe w 80%, Hampelna w 82%, a Rascha nawet w 92%. Reszta powstaje na tle miażdżycy. Pozatem istnieje jednak nieliczna zresztą grupa tętniaków prawdziwych, bardzo rzadkich, których patogeneza, mimo licznych badań, nie została w sposób zadawalniający wyjaśniona. Sprawa ta należy do bardzo zawiłych zagadnień anatomopatologicznych, a dowodem tego są ciągłe spory, żywo toczone od wielu lat, dalekie jeszcze od ostatecznego rozstrzygnięcia. Toteż każde spostrzeżenie tego rzadkiego schorzenia zasługuje na uwagę, bo każde przynosi nowe szczegóły kliniczne i rzuca niewątpliwie pewne światło na patogenezę tej jednostki chorobowej. Z tych względów pozwalam sobie omówić bardziej szczegółowo przypadek spostrzegany i operowany w tutejszej Klinice Chirurgicznej. Zasługuje on także dlatego na specjalną uwagę, że przedstawiał znaczne trudności rozpoznawcze spowodu braku typowych objawów klinicznych, zwykle tak charakterystycznych dla tętniaka.

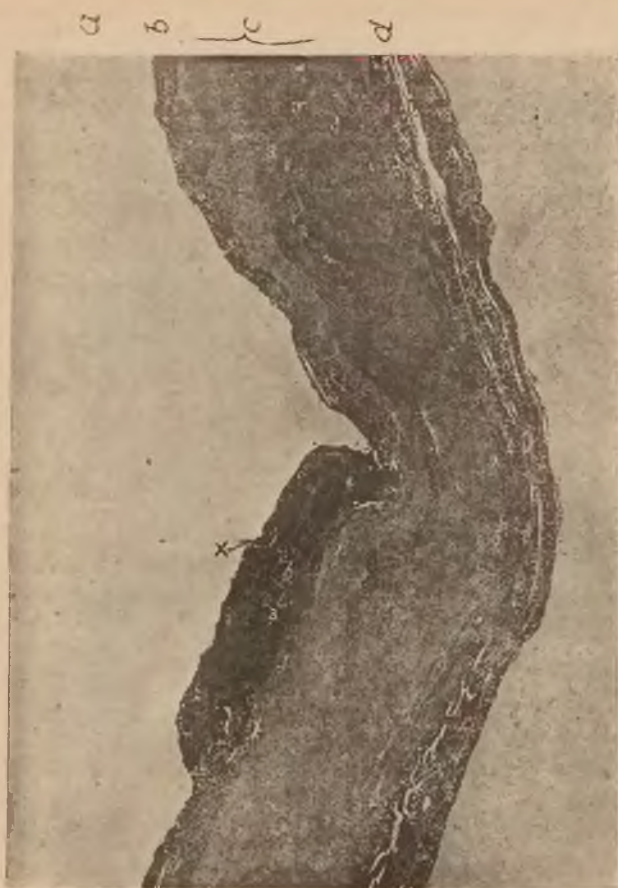
Przypadek nasz dotyczy 35-letniego mężczyzny, którego przyjęto w lutym b. r. do Kliniki Chirurgicznej. Wywiady rodzinne są bez znaczenia. Przedtem nie chorował. Stan obecny: chory wzrostu niskiego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia dobrego. Błony śluzowe, od zewnątrz widoczne są prawidłowo zabarwione. W zakresie czaszki i nerwów mózgowych niema zmian. Źrenice równe, okrągłe, dobrze oddziałują na światło i akomodację. Jama ustna i gardło bez zmian. Klatka piersiowa dość szeroka, kąt łuków zbliżony do prostego. Granice płuc prawidłowe, wypuk nad płucami jawny, szmery pęcherzykowe. Narząd krążenia zmian nie wykazuje. W podbrzuszu lewem stwierdza się guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z głębi jamy brzusznej, usadowiony na szerokiej podstawie, mało ruchomy. Guz ma powierzchnię gładką i nie jest z powłokami brzusznemi zrośnięty, przy obmacywaniu jest niebolesny. Wypuk nad guzem stłumiony. Dokładniejsza obserwacja stwierdza jakoby udzielone tętnienie. Kończyna dolna lewa cała obrzękła; na udzie, zwłaszcza po jego stronie zewnętrznej jest widoczna siatka rozszerzonych powierzchownych naczyń żylnych. Badanie palcem przez odbytnicę wykazało wypuklenie przedniej ściany odbytnicy.

Z badań dodatkowych: mocz białka, ani cukru nie zawiera; odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowordzeniowym, badany kilkakrotnie, ujemny. Badanie cytologiczne krwi wykazuje: ciałek czerwonych 5,090.000, ciałek białych 8,200. Schilling: wielojądrzastych 77.2%, pałeczkowatych 4%, młodych 1,8%, kwasochłonnych 1%, zasadochłonnych 2%, limfocytów 12%, monocytów 2%. Zdjęcie rentgenowskie kości czaszki, klatki piersiowej i kończyn zmian patologicznych nie wykazuje. Z badań dodatkowych wykonano pozatem cystografję, która wykazuje, że postać pęcherza jest zmieniona, mianowicie jego ściana górna i lewa są wpuklone do środka, niewątpliwie przez guz.

Rozpoznano guz zaotrzewnowy i przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który wykonał Prof. Ostrowski. W uśpieniu morfinowo-eterowem przeprowadzono cięcie w linji środkowej powyżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono guz kulisty, wielkości główki dziecka, na powierzchni gładki i elastyczny, usadowiony zaotrzewnowo, spychający pęcherz moczowy ku dołowi. Guz ten zaklinowywał niejako wejście do miednicy małej. Po nacięciu tylnej blaszki otrzewnej zaczęto guz oddzielać od otoczenia, co szło dość opornie spowodu zbitych zrostów między nim a tkanką zaotrzewnową. Początkowo trudno było coś powiedzieć o charakterze guza, wykazującego tylko sprężystość. Dopiero po jego prawie zupełnem oddzieleniu, w pewnej chwili zauważono silne tętnienie. Nakłucie, wykazujące krew w guzie, rozstrzygnęło o rozpoznaniu; a więc dopiero w czasie samego zabiegu operacyjnego. Wobec tego zaniechano dalszego wypreparowywania tętniaka, a przystąpiono do oddzielenia jego górnego bieguna w miejscu przejścia w tętnicę prawidłową. Dokładna orjentacja anatomiczna była o tyle utrudniona, że guz całą swoją masą zakrywał nietylko tętnicę biodrową wspólną, ale także jej rozgałęzienia. Nałożona podwiązka na tętnicę biodrową wspólną nie spowodowała zmniejszenia objętości tętniaka, co usprawiedliwiało przypuszczenie, że krążenie odbywa się dalej drogą wsteczną, przez tętnicę biodrową wewnętrzną i tętnicę biodrową zewnętrzną poniżej podwiązki. Dopiero podwiązanie tętnicy biodrowej zewnętrznej tuż ponad guzem spowodowało zmniejszenie się jego, co równocześnie wyraźnie wskazywało na anatomiczny punkt wyjścia tętniaka. Wobec tego podwiązkę z tętnicy biodrowej wspólnej usunięto, a dalszy akt operacyjny polegał na wypreparowaniu obwodowej szypuły tętniaka na wysokości więzadła pachwinowego. Tętniak wycięto w całości, a dogłowowy i obwodowy odcinek tętnicy biodrowej zewnętrznej podwiązano. Szew warstwowy powłok. Opis makroskopowy: guz był wielkości głowy noworodka, jajowaty, wielkości 12 × 10 × 11 cm i ciężaru 385 g (po utrwaleniu). Guz miał powierzchnię naogół gładką, jedynie na powierzchni tylnej stwierdzono strzępy oddzielonych zrostów, powstałych w czasie oddzielania guza, jak widać na załączonej powyżej fotografji (ryc. 1.) z boków tak w części doprowadzającej, jak odprowadzającej widoczne jest naczynie tętnicze, rozszerzone, a które wyglądem makroskopowym przedstawia się prawidłowo. Na przekroju stwier-



Ryc. 1. Tylna powierzchnia tętniaka. Zgłębniki znajdują się w naczyniu doprowadzającem i odprowadzającem.



Ryc. 2. Ściana tętniaka, a — światło tętniaka, b — warstwa wewnętrzna; c — warstwa środkowa; d — warstwa zewnętrzna (przydanka); X — zakrzep. Mikrofot. Zeissa. Obj. mikrofot., ogniskowa 35 mm.



Ryc. 3. Wycinek poprzedniego preparatu pod silniejszem powiększeniem. a — światło tętniaka; b — warstwa środkowa; h — włókna mięsne, wykazujące zmiany zwyrodnienia szklistego; X — zakrzep. Mikrofot. Zeiss. Obj. A. Ok. IV.

dza się zupełnie gładką, białawą ścianę, miejscami zaś widoczne są płaskie przyściennie umieszczone mieszane wiśniowo-szarawe zakrzepy. Ściana tętniaka jest mniejwięcej dwa razy grubsza, niż ściana tętnicy.

Badanie drobnowidowe przeprowadzono na szeregu wycinków części doprowadzającej i odprowadzającej tętnicy i różnych miejsc ściany samego tętniaka. Skrawki utrwalono w płynie Susa i Zenkera. Skrawki parafinowe, grubości 8 μ barwiono metodą „Azan", a skrawki grubości 10 μ hematoksyliną Gagé, z następowem podbarwieniem eozyną. Celem wykazania włókien sprężystych barwiono skrawki parafinowe, grubości 12 μ metodą Hornowskiego.

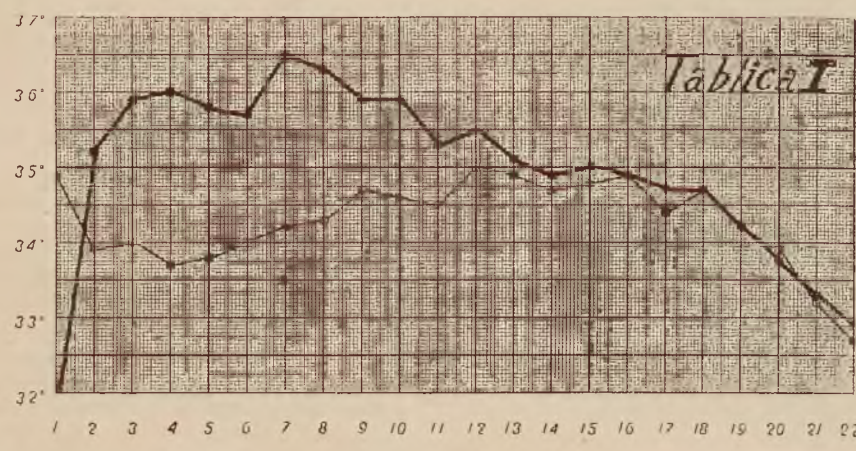
Wynik badania (Dr. S z y m o n o w i c z) przedstawia się następująco: A. w preparatach ze skrawków, pobranych z odcinka doprowadzającego i odprowadzającego tętnicy nie stwierdza się wybitniejszych zmian, odbiegających od obrazu prawidłowego prócz zaznaczonego zwyrodnienia szklistego i zubożenia we włókna sprężyste, szczególnie w zakresie błony środkowej. Błona wewnętrzna nie wykazuje żadnych zmian chorobowych, a błona zewnętrzna (przydanka) jest słabo rozwinięta. B. Budowa ściany tętniaka w znacznym stopniu odbiega od prawidłowej budowy ściany naczynia, aczkolwiek we wszystkich skrawkach stwierdza się poszczególne warstwy ściany tętnicy (mikrof. 1). Posuwając się od światła naczynia, widoczna jest błona wewnętrzna, gdzieniegdzie pokryta przylegającym zakrzepem przyściennym uwarstwowionym, o charakterze długotrwałym i w tych miejscach widoczne jest zastępcze wnikanie fibroblastów i organizacja zakrzepu. W miejscach, gdzie zakrzepu niema, widać dobrze zachowany śródbłonek oraz błonę sprężystą wewnętrzną. Najwybitniejsze zmiany dotyczą warstwy środkowej, która zawiera mało składników sprężystych, a poszczególne włókna mięsne wykazują daleko posunięte zmiany zwyrodnienia szklistego (Mikrof. 2). W bardzo nielicznych miejscach widoczny jest silniejszy wzrost tkanki łącznej o charakterze bliznowatym; gdzieniegdzie stwierdza się rozsiane drobnokomórkowe nacieki zapalne o charakterze nieswoistym. Błona zewnętrzna (przydanka) nie jest wszędzie wyraźnie zaznaczona, wykazuje miejscami zatarcia struktury. Na podstawie powyższych obrazów można wykluczyć w zupełności sprawę chorobową na tle swoistem względnie miażdżycowem.

Z przebiegu pooperacyjnego należy podnieść, że bezpośrednio po zabiegu operacyjnym oraz wieczorem, obwodowego tętna w tętnicy grzbietowej stopy lewej nie stwierdzono. Kończyna dolna lewa była zimniejsza (32°) od prawej (34.8°), a więc różnica ciepłoty, mierzona termometrem skórnym, wynosiła 2,8°. Obrzęk na całej kończynie wybitniejszy, niż przed operacją, zabarwienie skóry blade z odcieniem sinawym. Gra naczyniowa bardzo słabo zaznaczona.

Widzimy więc, że po zabiegu operacyjnym wystąpiło wyraźne pogorszenie w krążeniu obwodowem. Jako przyczynę powyższego zjawiska możemy uważać silne zwężenie naczyń obwodowych, występujące po sympatektomji względnie arterjektomji, uważane w myśl tezy, wysuniętej w ostatnich latach przez L e r i c h e'a za fazę ujemną po sympatektomji. Nazajutrz po operacji stan uległ znacznej poprawie. Obrzęk na całej kończynie wybitnie się zmniejszył, skóra na stopie i podudziu lewem wykazuje wyraźne różowe zabarwienie, gra naczyniowa jest żywsza. Należy podkreślić, że kończyna dolna lewa wykazuje wyższą ciepłotę, niż prawa, różnica ciepłoty wynosi 1.8°, co, wobec różnicy stwierdzonej dnia poprzedniego, przedstawia się jako znane zjawisko hipertermji, opisane już zresztą przez L e r i c h e'a i H e i t z a w 1916 r. W dwa dni po zabiegu obrzęk na kończynie dolnej lewej ustąpił zupełnie, przyczem stwierdzono lepsze jej ukrwienie. Gra naczyniowa bardzo żywa. Ciepłota kończyny lewej stale wyższa, niż prawej. Różnica ciepłoty w 6 dni po operacji wynosiła 1.6°, a podwyższenie ciepłoty po stronie operowanej utrzymywało się przez 18 dni, poczem nastąpiło wyrównanie, jak to przedstawiam graficznie na tablicy I.

Patogeneza takich tętniaków, jak w naszym przypadku, jest bardzo niejasna. Jakkolwiek znany jest przebieg kliniczny i obraz anatomiczny omawianego schorzenia, to jednak bezpośrednia przyczyna schorzenia nie jest znana. Sprawa patogenezy nie jest więc ostatecznie rozstrzygnięta, mimo że istnieje szereg zapatrywań i teoryj dotyczących tego schorzenia. To tylko zdaje się być pewnem, że rozmaitego rodzaju czynniki wywołują to cierpienie. K ö s t e r i jego szkoła (K r a f t) zwracają uwagę, że przyczyną tętniaków prawdziwych są zmiany zwyrodnieniowe lub zapalnowytwórcze w mięśniówce. Zmiany te powodować mogą przerwanie ciągłości włókien sprężystych, a co za tem idzie, zmniejszoną oporność ścian naczyniowych. Inni, jak R e c k l i n g h a u s e n i H e l m s t ä d t e r, widzieli nawet przerwanie ciągłości włókien sprężystych, M a n c h o t znalazł w tych miejscach nadmierne bujanie tkanki łącznej. K e r p p o l a, badając tętniaki w zakresie naczyń podstawy mózgu znalazł rozluźnienie włókien i rozpad ziar-

nisty włókien sprężystych, oraz zmiany zwyrodnieniowe i martwicze włókien mięsnych. Zmiany w zakresie mięśniówki, o których mowa powyżej, stwierdzone zresztą przez innych autorów, stanowią niewątpliwie pewien anatomiczny podkład dla tworzenia się tętniaków. Ogólnie znany jest też fakt, że te właśnie zmiany zachodzą w przebiegu kiły, co też wyjaśnia częste powstawanie tętniaków prawdziwych u osobników kiłowych. Na podstawie dokładnego badania histologicznego, oraz ujemnych odczynów serologicznych we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, dalej na podstawie młodego wieku chorego i braku jakichkolwiek zmian, mimo skrzętnych poszukiwań, w narządzie krążenia zarówno klinicznych, jak i fizykalnych (elektrokardjogram), jesteśmy w stanie wykluczyć w naszym przypadku tło kiłowe i miażdżycowe, które jest najczęstszą przyczyną tworzenia się tętniaków. W ostatnich czasach uważają niektórzy, że przyczyną powstawania tętniaków mogą być również procesy zakaźne. W myśl danych, zebranych wawcze jednakże, mimo całego szeregu pomysłów technicznych nie ma obecnie już żadnego zastosowania, gdyż, pomijając niebezpieczeństwo powstania zatorów, leczenie to daje, według Sprunner-Merza, tylko w 54% wyleczenie, a więc jako leczenie niecelowe posiada znaczenie jedynie historyczne. Dlatego też jedynem racjonalnem leczeniem jest postępowanie chirurgiczne, więcej radykalne, stosowane zresztą z powodzeniem już w IV stuleciu przez Antyllusa, jak to wynika z badań historycznych Köhlera. Chirurg ten postępował w ten sposób, że po podwiązaniu naczynia doprowadzającego i odprowadzającego przecinał tętniak i usuwał jego zawartość. Philagrius wyłuszczał worek tętniaka w całości po poprzedniem podwiązaniu naczynia doprowadzającego i odprowadzającego. Podstawą innej metody operacyjnej, dawniej stosowanej, jest podwiązanie tętniaka (obwodowo i centralnie) i odcięcie w ten sposób dopływu krwi do tętniaka, by wywołać zakrzep i szybszą jego organizację



z piśmiennictwa ostatniej doby, zwracano uwagę na gośćcowe tło niektórych tętniaków (Rénan, Weil i Ménard). Heller sądzi, że w niektórych przypadkach nie można zaprzeczyć związku przyczynowego między gruźlicą i tętniakiem. Jednak w naszym przypadku powyższe czynniki również nie wchodzą w grę. Znane są również przypadki tętniaków, powstających wskutek zadziałania urazu tępego. W następstwie urazu mogą wystąpić zresztą w zupełnie zdrowej ścianie tętnicy na pewnem ograniczonem miejscu, zmiany martwicze, które bezpośrednio mogą tworzyć podkład anatomiczny dla natychmiastowego powstania tętniaka, albo też tkanka bliznowata wytwarzająca się później w miejscach martwiczych warunkuje następowe tworzenie się tętniaka. Tętniaki prawdziwe na tle urazowem są jednak bardzo rzadkie. Albowiem Fromme stwierdził w piśmiennictwie światowem tylko 4 przypadki, nie wszystkie zresztą uznane jako tętniaki prawdziwe. Kaufmann stwierdził u młodego mężczyzny tętniak w części piersiowej tętnicy głównej, zupełnie zresztą zdrowej, który powstał w kilka miesięcy po upadku; Toenissen zaś opisał przypadek tętniaka tętnicy głównej po urazie tępym klatki piersiowej. Pewnem poparciem dla tego poglądu byłyby bardzo coprawda nieliczne zmiany bliznowate w zakresie mięśniówki, stwierdzone mikroskopowo w naszym przypadku. Bardzo ciekawy jest wreszcie pogląd wysunięty przez Schmidta, który zwraca uwagę na wrodzoną konstytucjonalną niższą wartościowość naczyń, objawiającą się pod względem funkcjonalnym łatwem pękaniem włókien sprężystych *(elastica int.)* i mięśniówki u osobników w młodym wieku. Ta niższa pod względem konstytucjonalnym wartościowość naczyń jest niewątpliwie momentem ułatwiającym powstawanie tętniaków. Wielką więc rolę w powstawaniu tego schorzenia przypisuje autor ten szczególnemu usposobieniu osobniczemu.

Przechodząc do ustalenia przyczyn powstania tętniaka w naszym przypadku, powiemy, że na podstawie powyżej opisanego obrazu drobnowidowego, chodzi o osobnika obciążonego wrodzoną skłonnością do tworzenia się tętniaków, a momentem ułatwiającym powstanie tętniaka w tym przypadku mógłby być uraz, za czem przemawiałyby bardzo nieliczne zmiany bliznowate w mięśniówce.

Przechodzę skolei do krótkiego omówienia leczenia tętniaków, które to zagadnienie tak żywo zajmuje każdego chirurga. Sposoby leczenia tętniaków można podzielić na zachowawcze i bardziej radykalne. Sposobem zachowawczym usiłowano uzyskać wyleczenie drogą zakrzepu, wywołanego uciskiem albo bezpośrednio na tętniak albo na naczynie doprowadzające. Pozatem próbowano wywołać zakrzep przez działanie środków chemicznych, wprowadzonych do wnętrza tętniaka np. chlorku żelaza (Pravaz), przez wprowadzenie spirali drucianych, elektropunkturę i t. d. Leczenie zachowawcze w obrębie samego worka tętniaka. Wspomniane zasadnicze zabiegi modyfikowali w różny sposób Matas, Kikuzi i inni. Technika operacyjna tętniaków stanęła u szczytu, kiedy Lexer w roku 1907 po raz pierwszy zastosował uzupełnienie plastyczne ubytku po wyłuszczeniu tętniaka przez transplantację żyły. Według dzisiejszego stanu wiedzy jedynie te metody operacyjne mają uzasadnienie, które zmierzają do radykalnego usunięcia tętniaka, przerwania dopływu krwi przez podwiązanie, jakoteż sposoby idealne, przywracające po usunięciu tętniaka prawidłowe krążenie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najlepszy wynik daje usunięcie tętniaka w granicach zdrowych w tych przypadkach, gdzie to ze względu na jego punkt wyjścia lub ze względu na wytworzone już krążenie oboczne jest możliwe. W myśl bowiem teorji, wysuniętej w ostatnich latach przez Leriche'a i jego szkołę, każde upośledzenie krążenia, spowodowane zmianami anatomicznemi naczynia (tętniak, zakrzep, *endarteriitis obliterans* i t. d.) jest źródłem zaburzeń czynnościowych nietylko w obrębie odnośnego naczynia, lecz również w zakresie krążenia obocznego. Nie w każdym jednakże przypadku możliwe jest tak radykalne postępowanie. W naszym przypadku dało się ono przeprowadzić. W związku z szybką poprawą i zniknięciem szeregu objawów, spowodowanych przez niedostateczne czy też wadliwe krążenie, objawiające się obrzękiem kończyny, trudnościami w chodzeniu, wyraźną sinicą kończyny i t. d., skłonni jesteśmy przypisać dobry wynik, bezpośrednio pooperacyjny usunięciu tętniaka, który poza tem, że stanowił upośledzenie w krążeniu, sam przez się był, jak to wynika z teorji Leriche'a, źródłem nieprawidłowych odruchów skurczowych naczyń obwodowych, względnie nawet wytworzonego już krążenia obocznego. Wycięcie tętniaka stanowiłoby, w myśl tej teorji, rozległą arterjektomję tętnicy chorobowo zmienionej, co dało w wyniku wszystkie korzystne następstwa tego zabiegu.

Piśmiennictwo.

Bier. D. Med. Woch. 5 i 6. 1915. — Clairmont. Wien. Med. Woch. Ref. Z. f. Chir. 37. 1929. — Eppinger. H. Arch. f. klin. Chir. T. 35. Z. 2. 1887. — Fromme. Bruns. Beitr. z. klin. Chir. T. 105. 1917. — Fromme. Bruns. Beitr. z. klin. Chir. T. 107. 1919. — v. Haberer. Arch. f. klin. Chir. T. 107. 1916. — Hampeln. przyt. według Kaufmanna w Spez. path. Anat. 1922. — Heller. cyt. według Kaufmanna w Spez. path. Anat. 1922. — Kaufmann. Spez. patholog. Anat. 1922. — Kikuzi. Bruns. Beitr. T. 50. 1906. — Knobloch. Čas. lek. česk. 5/6. 1930. — Köhler Arch. f. klin. Chir. T. 81. 1906. — Kraft. Inaug. Diss. Bonn. — Krotoski J. P. Przegl. Chir. 9. 1930. — Lexer. Arch.

f. klin. Chir. T. 83. 1907. — Leriche R. et Fontaine R. Recherches sur la maladie de Raynaud. Presse Méd. 102, 103. 1933. — Ranzi. Arch. f. klin. Chir. T. 110. 1918. — v. Recklinghausen. przyt. według Kaufmanna w Spez. path. Anat. 1922. — G. P. la Roque. Ann. Surg. 93. 1931. — v. Sprunner-Merz. Diss. Erlangen 1877. — Stich R. i A. Fromme. Erg. Chir. 13. — Stich, R. i W. Gaza. Die Chirurgie — M. Kirschner u. O. Nordmann T. II. cz. II. 1930. — Toenissen. M. med. Woch. 40. 1920

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

L. WACHHOLZ Kraków.

Medycyna a poezja.

(W 175-letnią rocznicę urodzin Fryderyka Schillera).

Myślenie nasze różne jest nietylko co do swej treści, lecz także co do sposobu, w jaki się dokonywa. Dwa istnieją sposoby myślenia, sobie przeciwne. Jeden z nich bierze za podstawę swą doświadczenie, wynikające z rzeczywistości, z faktów realnych lub conajmniej prawdopodobnych i postępuje ściśle wedle prawideł logiki, drugi natomiast nie licząc się z doświadczeniem, uzależnia się od chwilowych nastrojów i afektów i zmierza w kierunku, wskazanym mu przez przygodne a skryte pożądania i życzenia. Sposób pierwszy, wyłączający wpływ afektu i obierający za drogowskaz krytykę, stanowi myślenie ścisłe, jakiem się posługuje nauka, drugi sposób, podobny do snucia myśli wśród snu, szukający nie prawdy, lecz zaspokojenia swych życzeń jest myśleniem marzycielskiem, właściwem wszelkiej twórczości poetyckiej. Myślenie marzycielskie jest identyczne do pewnego stopnia z myśleniem, spotykanem w stanach schizofrenicznych, nazwanem przez Bleulera myśleniem autystycznem.

Myślenie dziecka i człowieka młodego jest przeważnie zawisłe od afektów, obudzonych pod wpływem skrytych życzeń i pożądań. Jako nieoparte jeszcze na doświadczeniu i niepokierowane krytyką jest ono w tym okresie przeważnie autystycznem. Myślenie ścisłe jest właściwością umysłu dojrzałego i unormowanego. Człowiek pierwotny, zatem niewykształcony, skłania się również ku myśleniu autystycznemu, w którem niektórzy dopatrują się myślenia pierwotnego czyli archaicznego. Cechą myślenia autystycznego w wieku młodocianym i myślenia archaicznego ludzi nieszkolonych jest skłonność do wiary w czynniki nadprzyrodzone, w gusła i zabobony. Myślenie archaiczne musiało genetycznie poprzedzić myślenie ścisłe. Dowody na to posiadamy już w podstawach naszych nauk ścisłych, opartych obecnie na rzeczywistości, bo na eksperymencie i rachunku. Podstawą astronomji współczesnej, opierającej się na ścisłej obserwacji i rachunku, stanowiła dawna, w dużej mierze na nierealnych przesłankach ugruntowana astrologja, chemję poprzedziła fantastyczna alchemja a medycynę współczesną znachorstwo i czarodziejstwo.

Spośród nauk ludzkich medycyna zachowała dotąd, zdaniem Bleulera, stosunkowo najwięcej pierwiastków myślenia autystycznego, albowiem jak żadna inna nauka obudza ona dużo nieziszczalnych życzeń. Wszak przecie stałym celem myślenia medycznego jest nieziszczalne życzenie kategorycznego opanowania chorób i zwalczenia śmierci. Autyzm przejawia się też w myśleniu lekarza stale w chwili, gdy stawia rokowanie, które dlatego, iż opiera się w znacznej mierze na podstawach nierealnych, bo opanowanych uczuciem, zawodzi go tak często. Ta to właściwość medycyny, zauważona przez Bleulera, będzie może wytłumaczeniem tak częstego u lekarza pociągu do na autyzmie opartej pracy twórczej literackiej, nawet z poświęceniem względnie porzuceniem swego zawodu. Przykłady takiego pociągu literackiego i odstępstwa od zawodu lekarskiego na rzecz twórczości literackiej nie są rzadkie u lekarzy różnych czasów i różnych krajów. I tak Rabelais (1483 — 1553), autor romansu satyrycznego Gargantua i Pantagruel, był nietylko lekarzem, lecz zarazem profesorem anatomji, Paweł Fleming (1609 — 1640), liryk niemiecki, był doktorem medycyny, poetami byli Albrecht v. Haller (1708 — 1777), profesor anatomji i chirurgji w Getyndze, Justyn Kerner (1786 — 1862) doktor medycyny, zajmujący się okultyzmem, a w czasach ostatnich A. Schnitzler (1862 — 1931) dramaturg *(Liebelei, Anatol)* i nowelista, poprzednio wiedeński lekarz-praktyk i dr. med. K. Schönherr, najwybitniejszy współczesny poeta austrjacki, piszący swe poezje, nowele i dramaty *(Weibsteufel, Judas von Tirol* i t. d.) przeważnie w dialekcie tyrolskim. U nas Asnyk studjował medycynę, T. Żeleński był lekarzem-praktykiem i autorem rozpraw lekarskich, zanim zajaśniał swym talentem poetyckim i literackim a głośny w swoim czasie chirurg warszawski, Matlakowski, tłumaczył z powodzeniem Szekspira.

Pomijając wielu innych (np. w Niemczech poetę Lenaua, w Czechach poetę a zarazem profesora chirurgji w uniwersytecie wiedeńskim u schyłku w. XIX, dra med. Alberta) wysuwa się na czoło wszystkich lekarzy-poetów Fryderyk Schiller (1759—1784), przyjaciel Göthego i drugi po nim największy poeta niemiecki.

Ojciec Schillera był z zawodu cyrulikiem a doprowadził, wstąpiwszy do armji wirtemberskiej, do godności kapitana-felczera. Poeta objawiał zamiłowanie do studjów teologicznych, musiał atoli z rozkazu księcia Karola Eugenjusza wirtemberskiego wstąpić do założonej przezeń Akademji wojskowej w Stuttgarcie, gdzie spędził 8 lat na studjach zrazu prawniczych a następnie na lekarskich, które wydały mu się bliższe i pokrewniejsze z obudzonem w tym czasie w nim umiłowaniem poezji. W grudniu 1780 ukończył studja medyczne i objął zaraz miejsce felczera w pułku grenadjerów z płacą 18 guldenów miesięcznie. W dwa lata później, nie mogąc znieść surowości służby wojskowej, zbiegł do Mannheimu, aby się oddać wyłącznie pracy literackiej, zachęcony żywiołowem powodzeniem swej pierwszej tragedji p. t. „Zbójcy“.

Nie miejsce tu na rozpatrzenie poetyckiej twórczości Schillera, nie mogę jednak nie podnieść w krótkości głównych a znamiennych jej cech, zwłaszcza zaś tej, która pozostawała w harmonijnej zgodzie z porzuconym przezeń dla olimpijskiego zawodem lekarskim. Cechą tą jest umiłowanie człowieka. Jeżeli dla Göthego wszystkiem była przyroda, to dla Schillera wszystkiem był zawsze człowiek. Do człowieka odnosi się on we wszystkich swych utworach z największą życzliwością i miłością, potępia złych a podnosi dobrych, współczując z nimi, gdy cierpią. Wszędzie piętnuje i zwalcza tyranję i niewolę a uwielbia i apoteozuje swobodę ducha, wolność myśli. W Don Karlosie powiada markiz Poza do króla: „daj wolność myślenia! O! jak natura w wolność jest bogata! W kroplę rosy żyjątko rzuca twórca świata I pozwala mu w kręgu martwego istnienia radować się wolnością!“. Jeżeli poeta później w pewnej chwili zwątpił o ziszczeniu się ideału wolności na ziemi, kiedy się wyraził, że wolność może się rozwinąć tylko w krainie marzeń, jak piękno tylko w pieśni, to przecież zawrócił zaraz do stałej roli herolda idei, której się już do końca życia nie zaparł (Dziewica Orleańska i Wilhelm Tell). Jednakże wielbiąc wolność myśli i słowa, rozumie on dobrze, że może ona być nadużytą, zwłaszcza przez przypadkowe zbiorowisko ludzkie. Tej niezaprzeczalnej prawdzie daje on dosadny a tak obecnie aktualny jeszcze wyraz przez usta Leona Sapiehy w swym niedokończonym dramacie „Dymitr“ (Samozwaniec), rozgrywającym się w akcie I na sejmie w Krakowie. Sapieha występuje ostro przeciw zdaniu większości i te ważkie wypowiada słowa:

„Precz z większością!
Cóż to jest większość? Jest niedorzecznością;
Tylko niewielu rozum przypadł w dziale.
Nędzarz o całość nie troszczy się wcale!
A czy ma wolność, swobodę w wyborze?
Możnemu głos swój musi on w pokorze
Sprzedać za buty lub za kromkę chleba.
Głosy odważać a nie liczyć trzeba;
Prędzej lub później państwo to upadnie,
Gdzie większość a z nią nierozsądek władnie“.
(przekład własny)

Szlachetnością idei, sercem i rozsądkiem zdobył sobie Schiller zasłużoną sławę daleko poza granicami swej ojczyzny, w której nie ominęła go po śmierci nietylko ostra, lecz i zjadliwa krytyka (romantycy a potem zmarły w r. 1912 krytyk berliński Otto Brahm). Dziś jednak w 175 rocznicę jego urodzin milkną głosy przyziemne a naród niemiecki wielbi zgodnie znakomitego swego Syna, wielkiego przez swój nieśmiertelny talent i przez swą wskróś szlachetną osobowość.

Jako kolegom po pierwotnym jego zawodzie godzi się nam złożyć Cieniom poety skromny wyraz hołdu.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Stanisław HORNUNG. Lwów.

Zużytkowanie przychodni przeciwgruźliczej dla leczenia chorych na gruźlicę.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Przychodnia przeciwgruźlicza jako instytucja, w której schodzą się wszelkie nici, łączące działania skierowane przeciw gruźlicy, jako klęsce społecznej, musi interesować się również leczeniem chorych na gruźlicę, wychodząc z założenia, że wyleczenie

choćby kliniczne gruźlicy zaraźliwej jest równoznaczne z wygaśnięciem ogniska zarazy. Od początku ruchu poradniarskiego nie było zgodności co do zagadnienia, czy leczenie przypadków gruźlicy winna przeprowadzać przychodnia we własnym zakresie, czy też winna ograniczyć się jedynie do kierowania chorych w celach leczniczych do lekarzy i innych instytucyj. Większość osób kompetentnych wypowiadała się raczej za zupełnem oddzieleniem leczenia od akcji zapobiegawczej przychodni. Doświadczenie ostatnich powojennych lat wykazuje, że siłą rzeczy przychodnia leczy przedewszystkiem niezamożnych chorych, którzy, nie mając znikąd zapewnionej opieki lekarskiej, otrzymują ją w przychodni, podobnie zresztą jak w dobrze zorganizowanych przychodniach otrzymują chorzy środki, celem utrzymania higjeny mieszkaniowej, zasiłki pieniężne i w naturze na dożywianie i t. p.

Klinika gruźlicy płuc uczy, że schorzenie to *par excellence* przewlekłe przebiega często skokami — między okresami czynnemi spostrzega się nierzadko dłuższe okresy względnego spokoju i zahamowania postępu choroby. Zasadniczo żadnej postaci gruźlicy płuc u dorosłych a zwłaszcza w wieku 18—30 lat nie możemy uważać za wyleczoną, choćby wiele objawów cofnęło się, przed upływem całego szeregu miesięcy, a nawet lat, w którym to czasie jest konieczną dokładna obserwacja. Każdy przypadek raz stwierdzonej gruźlicy płuc wymaga bardzo długiego okresu, w którym leczenie i ścisła obserwacja ustępują sobie miejsca wzajemnie.

Jeśli chodzi o szerokie sfery społeczeństwa, to właśnie i jedynie przychodnia przeciwgruźlicza jest powołana do nadzorowania chorych i do ustalenia, kiedy stan ich wymaga leczenia, a kiedy wystarcza obserwacja; zadaniem jej jest użyć wszelkich dostępnych środków, by chorego w razie potrzeby zmusić do leczenia, a następnie by to leczenie mu umożliwić.

Jak z jednej strony spotyka się ftizjologów i osoby agrawujące, tak z drugiej nierzadko widzi się ludzi, zwłaszcza młodych nierozsądnych, którzy nie wierzą lekarzowi, gdy ten, stwierdziwszy u nich proces gruźliczy, przestrzega ich przed wysiłkami, przed nieuregulowanem i niehigjenicznem życiem i zaleca im odpowiednie leczenie. Dzieje się to przedewszystkiem w postaciach *tbc. inappercepta* (B r a e u n i n g) oraz tych postaciach jak *tbc. fibro-caseosa* (B a r d, P i é r y - N e u m a n n), w których chory po stosunkowo krótkim okresie odpowiedniego leczenia traci większość objawów chorobowych, a samopoczucie jego wybitnie się poprawia. Jakże często jednak poprawa ta jest chwilową i złudną!

Z własnego doświadczenia wśród młodzieży akademickiej znamy szereg przypadków, w których przy obowiązkowych badaniach z pomocą promieni Roentgena stwierdziliśmy poważne zmiany gruźlicze niedające jednak objawów podmiotowych. Osoby te niekiedy lekceważą sobie polecenia lekarzy a skutki tego nierozważnego kroku nie dają na siebie czekać. Studenci ci zgłaszają się po jakimś czasie w stanie znacznego pogorszenia, a byli i tacy, co do których można było z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć, że niezastosowanie się do poleceń lekarzy przepłacili przedwczesną śmiercią. Z powyższych obserwacyj widzimy, jak ważną jest rzeczą dopilnowanie, by chory, którego stan tego wymaga, leczenie odbył.

Przystępując do zagadnienia wykorzystania przychodni w kierunku leczniczym, będziemy omawiali je z punktu widzenia ogólnego interesu społecznego. Winniśmy zastanowić się, w jakim kierunku, dodatnim czy ujemnym może ono wpłynąć na całość akcji zwalczania gruźlicy w Państwie, a następnie w jakich warunkach i granicach leczenie takie może być przeprowadzone.

Nie widzimy zasadniczych przeszkód, któreby ze względu na dobro publiczne i ochronę zdrowia ludności uniemożliwiały leczenie w przychodni należycie wyposażonej i prowadzonej. Poważniejszym zarzutem byłyby obawy wypowiadane przez kierowników poradni, pracujących w środowiskach, gdzie lekarze wolno praktykujący często przesyłają swych pacjentów do przychodni w celu przeprowadzenia różnych badań, a wreszcie nietylko dla stwierdzenia, czy wykluczenia gruźlicy, ale także dla ustalenia kierunku leczenia, które następnie przeprowadzają sami. Otóż możnaby się obawiać, by lekarze wolno praktykujący nie zaprzestali skierowywania swych chorych do przychodni, bojąc się utraty dochodów, jeśliby tych chorych zatrzymano w przychodni w celach leczniczych. Wiadomo przecież, że zasadniczym warunkiem sprawnego funkcjonowania przychodni jest znajomość o ile możności wszystkich źródeł zakażenia w obsługiwanym terenie, a ubytek tych chorych mógłby się odbić ujemnie na akcji zapobiegawczej przychodni. Zastrzeżenia tego rodzaju należałoby rozpatrzeć bliżej tam, gdzie chorzy zamożniejsi, skierowani przez lekarzy wolno praktykujących stanowią większy odsetek uczestników przychodni. W polskich przychodniach według posiadanych przez nas wiadomości odsetek ten jest znikomy.

Opierając się na własnych obserwacjach pracy przychodni w Polsce, możemy powiedzieć, że za prowadzeniem leczenia w przychodni przemawia 1) szczególne przygotowanie ich kierowników w tym dziale, 2) dostępność tego leczenia dla szerokich warstw ludności, 3) możność zwabienia tą drogą i związania chorych z przychodnią dzięki świadczeniom leczniczym, co pomijając sam fakt ewentualnego wyleczenia chorego, ma wielkie znaczenie dla utrzymania dyscypliny i higjeny zapobiegawczej w najbliższem otoczeniu chorego.

Oczywiście, prowadząc leczenie gruźlicy płuc, musi przychodnia kontrolować stan chorego promieniami Roentgena. Posiadanie aparatu rentgenowskiego jest w obecnej chwili *„conditio sine qua non"* należytego funkcjonowania przychodni choćby w zakresie rozpoznawania gruźlicy.

Należy z naciskiem podkreślić, że do leczenia ambulatoryjnego w przychodni nie nadają się wszystkie postacie gruźlicy płuc. Ilość chorych leczonych w przychodniach, które prowadzą ten dział pracy, jest w obecnej chwili z pewnością zbyt wielka, a winę tego stanu rzeczy należy przypisać w wielkiej mierze względom oszczędnościowym. Tak sami chorzy, jak i instytucje ubezpieczeń oraz lekarze kierują często zbyt późno lub wogóle nie posyłają chorych do zakładów zamkniętych łudząc się, że leczenie ambulatoryjne może im pomóc, względnie zastąpić zakładowe. Przykrą jest rzeczą i w interesie szerszym niepożądaną, gdy powołane czynniki dysponując funduszami na leczenie zakładowe, nadających się do tego chorych nie kierują dość wcześnie do szpitali i sanatorjów. Oszczędność ta zwykle nie prowadzi do celu, gdyż po nieudanych próbach leczenia ambulatoryjnego wkońcu przecież leczenie zakładowe okazuje się konieczne, a wtedy jest już ono kosztowniejsze, gdyż musi trwać dłużej wobec postępu sprawy chorobowej.

Z leczenia ambulatoryjnego należy wykluczyć wszelkie ostre postacie gruźlicy płuc, jak również wszelkie zaostrzenia procesów przewlekłych; ponadto nigdy nie należy zwlekać z oddaniem chorego, u którego stwierdza się jamę gruźliczą, do zakładu w celu ewentualnego rozpoczęcia leczenia zapadowego. Z powyższych obserwacyj klinicznych wypływa konieczność ścisłej współpracy przychodni prowadzącej leczenie przypadków przewlekłych, względnie kontrolującej stan chorych między okresami pobytu w zakładzie zamkniętym, — z oddziałami szpitalnemi i sanatorjami. Najlepszem rozwiązaniem sprawy jest stan, w którym przychodnia i oddział kliniczny jest ściśle związana i znajduje się pod jednem kierownictwem. Tak wzgląd na dobro chorego, jak i względy naukowe, przemawiają za dążeniem do organizowania przychodni przy zakładach, szpitalach i klinikach. Szczególnie pożądaną jest ta łączność w prowadzeniu leczenia odmą piersiową. Wszak wiemy, jak często występują w ciągu niekiedy bardzo długiego, bo szereg lat trwającego leczenia, powikłania, wymagające zabiegów dodatkowych na oddziele szpitalnym, a niekiedy również i zastąpienia odmy inną metodą leczenia chirurgicznego i założenia odmy drugostronnej.

Prowadzenie przez tego samego lekarza obserwacji i leczenia ambulatoryjnego w przychodni, a ponadto i zakładowego na oddziele zamkniętym jest chyba najlepszem rozwiązaniem sprawy lecznictwa w organizacji akcji przeciwgruźliczej.

W obecnym stanie nauki podstawą leczenia gruźlicy płuc jest leczenie spoczynkowe w dobrych warunkach higjenicznych i dietetycznych (B r e c h m e r, D e t t w e i l e r) a następnie leczenie zapadowe. Co do pierwszego, to jest ono ściśle związane z leczeniem zakładowem, a przedewszystkiem sanatoryjnem. Leczenie odmą piersiową należy rozpoczynać w zakładzie zamkniętym. Niektóre jednak przychodnie zakładają odmy ambulatoryjnie, a inne znów posiadają kilka miejsc leżących; mają możność przyjęcia takich chorych na przeciąg kilku dni po założeniu odmy. Uważamy, że ambulatoryjne zakładanie odmy powinno należeć do wyjątków. Dopełniania natomiast po okresie przynajmniej kilkunastodniowego pobytu chorego w zakładzie, mogą być przeprowadzane w przychodni. Nasze własne doświadczenie wykazuje, że przypadki, w których założenie odmy odbyło sie w czasie 2—4 tygodniowego pobytu chorego na oddziele gruźliczym Kliniki Chorób Wewnętrznych, przebiegały znacznie korzystniej od przypadków obserwowanych przez nas, w których założenie odmy odbyło się ambulatoryjnie w rozmaitych stacjach. Prowadzenie odmy obustronnej w przychodni natrafia zwykle na wielkie trudności; trwałe wyniki przy tej metodzie można uzyskać, jak wykazuje nasze doświadczenie, jedynie przy bardzo długim pobycie chorego w zakładzie zamkniętym. Stosowanie odmy obustronnej nie wchodzi wogóle w rachubę u chorych mieszkających zdala od przychodni.

Przed przychodnią przeciwgruźlicza otwiera się szerokie pole w prowadzeniu dopełnień odmy jednostronnej. Mieszkańcy miast, w których przychodnia jest ściśle związaną z zakładem zamknię-

tym, otrzymują w przychodni należytą opiekę. Gorzej jest jednak na wsi i w małych miastach, które nie posiadają wcale przychodni, lub tylko nienależycie wyposażone i kierowane przychodnie samoistne, bez oparcia o oddział szpitalny. W tych okolicznościach chory jest zmuszony odbywać niekiedy długą drogę do najbliższej stacji odmowej, na co często brak mu środków. Byłoby kwestją do rozważenia, czy w stosunkach polskich korzystniejsze jest tworzenie stacyj odmowych przez przystosowanie i odpowiednie wyposażenie istniejących przychodni, względnie stworzenie nawet nowych, czy też zorganizowanie dopełnień dla ludności większego okręgu, np. kilku powiatów w większych przychodniach, a złączonych z oddziałem szpitalnym lub sanatorjum. W tym drugim wypadku należałoby się zająć udostępnieniem niezamożnej ludności przejazdu koleją, ewentualnie i innemi środkami lokomocji z odległych nieraz miejscowości. Wiele względów praktycznych przemawia raczej za drugą koncepcją. Z własnego doświadczenia wiemy, że chorzy pochodzący nawet z dalekich stron, jeżeli przestrzegali wyznaczonych im terminów dopełnień, a środki na dojeżdżanie im wystarczyły, kończyli swe leczenie z pełnym sukcesem. Bardzo wiele natomiast przypadków, które po założeniu odmy na oddziele gruźliczym Kliniki Chorób Wewnętrznych we Lwowie otrzymywały dopełnienia w przychodniach prowincjonalnych, albo u lekarzy wolno praktykujących na prowincji, wracały po pewnym czasie z pogorszeniem spowodu wadliwego przeprowadzenia dopełnień, a nierzadko z odmą zupełnie zaniedbaną.

Większość przychodni w Polsce stosuje naświetlania lampą kwarcową, które być może są prowadzone zbyt szeroko. Do tego leczenia nadają się jedynie przypadki gruźlicy gruczołowej przedewszystkiem u dzieci. Bardzo często i zbyt szablonowo stosuje się w przychodniach zastrzyknięcia soli wapnia i arsenu. W naszej przychodni stosowaliśmy z korzyścią dla pewnej grupy chorych preparaty śledzionowe.

Szczególną uwagę należy poświęcić leczeniu złotem w przychodni. Są zwolennicy tej metody, którzy niezastosowanie preparatów złotowych w niektórych postaciach gruźlicy uważają nawet za błąd w sztuce lekarskiej i polecają je nawet do leczenia ambulatoryjnego. Większość jednak autorów (Rencki) odrzuca stosowanie chryzoterapji w przychodni, ze względu na możliwość wystąpienia objawów zatrucia i wypływającą z tego konieczność dokładnej kontroli stanu chorego, dającą się przeprowadzić jedynie w zakładzie zamkniętym.

Lecząc chorych, przepisuje lekarz przychodni choremu szereg środków, celem usunięcia szczególnie męczących objawów, jak kaszel, poty, bóle i t. p. W tym celu stosuje się niezliczoną ilość preparatów. Należy pamiętać, że wszystkie środki poza leczeniem spoczynkowem i zapadowem gruźlicy płuc, w dzisiejszym stanie wiedzy, ustępują im znacznie i są jedynie metodami pomocniczemi.

* * *

Przykładem przychodni, złączonej z oddziałem dla chorych leżących, a przygotowanej do leczenia jest Przychodnia Przeciwgruźlicza Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie (Dyrektor Prof. Rencki). Przychodnia i oddział gruźliczy Kliniki pozostaje pod wspólnem kierownictwem a pracują w nich ci sami lekarze. Przychodnia obejmuje swą działalnością 1/5 część miasta Lwowa, a więc około 50—60.000 ludności. Oddział gruźliczy kliniki liczy 27 łóżek. Zaznaczyć należy, że poza mieszkańcami Lwowa przebywa na oddziele oraz leczy się w przychodni wielu chorych z odległych okolic. W latach 1926 — 1933 przeprowadzono w 284 przypadkach leczenie odmą piersiową; w tem było 238 przypadków odmy jednostronnej, 46 przypadków dwustronnej. Zestawienie tych przypadków przedstawia się następująco:

	Odma jednostronna	Odma dwustronna
Ukończono leczenie (wyleczenie kliniczne)	30 przyp.	2 przyp.
Zastąpiono odmę inną metodą leczenia chir.	13 „	2 „
Zmarło	36 „	19 „
Otrzymuje dopełnienia odmy do dziś	52 „	8 „
Zaprzestało zgłaszać się po krótkim okresie leczenia	63 „	3 „
Nie zgłasza się po dłuższym okresie leczenia, w którym stwierdzono poprawę	26 „	5 „
Nie zgłasza się po dłuższym okresie leczenia, w którym stwierdzono pogorszenie	18 „	7 „
razem	238 przyp.	46 przyp.

Znaczny procent chorych, którzy przerwali dopełnienia w przychodni, a o których brak wiadomości, pochodzi z odległych okolic, a przyczyną niezgłaszania się do dopełnień były nadmierne koszta podróży, na jakie w większości niezamożni zdobyć się nie mogli.

* * *

Z Oddziałem Gruźliczym Kliniki Chorób Wewnętrznych jest związaną również ściśle przychodnia „Opieki Zdrowotnej“ dla studentów wyższych uczelni lwowskich. W Przychodni tej koncentrują się wszystkie działy pracy przeciwgruźliczej na terenie wyższych uczelni. W Przychodni kwalifikuje się studentów do odpowiedniego leczenia na oddziale gruźliczym Kliniki, w sanatorjum, w prewentorjum w Mikuliczynie, ewentualnie do ambulatoryjnego w Przychodni. Lekarze pracujący w Przychodni zajmują się również chorymi na oddziele gruźliczym Kliniki, oraz przebywającymi w prewentorjum w Mikuliczynie.

Ponadto jest utrzymana ścisła łączność między Przychodnią, a Sanatorjum akademickiem w Zakopanem, a to dzięki temu, że finansuje wyjazdy do tego zakładu ta sama instytucja, t. j. „Opieka Zdrowotna“, która prowadzi leczenie we Lwowie. Ułatwia to niezmiernie należyte przypilnowanie chorego i odpowiednie przeprowadzenie leczenia przedewszystkiem odmowego. Dzięki należytemu zrozumieniu ważności akcji przeciwgruźliczej przez władze „Opieki“, i dzięki odpowiedniej organizacji każdy student ma nietylko możność, ale jest również zmuszony leczyć się odpowiednio.

W latach 1927 — 1933 przeprowadzono u studentów lwowskich leczenie odmą jednostronną w 55 przypadkach, dwustronną w 11 przypadkach.

Zestawienie przypadków:

	Odma jednostronna	Odma dwustronna
Ukończono leczenie	przyp. 12=21,8%	przyp. 2=18,2%
Zmarło	„ 10=18,2%	„ 5=45,4%
Otrzymuje dopełnienia obecnie	„ 26=47.3%	„ 1= 9,1%
Przerwało dopełnienia w Przychodni (obecny ich stan nieznany)	„ 7=12,7%	„ 3=27,3%
razem	55=100%	11=100%

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kronika Dentystyczna. Nr. 5. 1934. Lakner L.: Przypadek pęcherzycy jamy ustnej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 47. 1934. Duczko K.: Elektrosynteza amalgamatów: srebra, cyny i cynku oraz budowa tychże. — Estreicher T.: Jan Zeh (dok.).

Życie Dziecka. Nr. 10—11, 1934. Orzęcki M.: Dziecko i prawo. — Ryngmanowa J.: Na drodze ku uspołecznieniu macierzyństwa. — Tarnowska W.: Warszawa dziecku opuszczonemu. — Bogdanowicz J.: Opieka nad dzieckiem do jego urodzenia. — Friedländerowa L.: Błędy wychowawcze matek.

Medycyna. Nr. 22, 1934. Offenberg J.: Kilka słów w sprawie „samoistnych“ wymiotów z acetonemją u dorosłych. — Salitówna E.: Spostrzeżenia, poczynione w Druskienikach nad wpływem zabiegów wodoleczniczych na układ krążenia. — Zahorski E.: Wyjaławianie skóry (pola operacyjnego) zapomocą zieleni brylantowej. — Korszyński P:. Przedwczesne oddzielenie się łożyska prawidłowo usadowionego. — Pryłucki N., Sztajer R. i Andrijewski S.: Przypadek torbieli skórzastej płuca. — Dydyński L.: Pogląd na historyczny rozwój lecznictwa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 44, 1934. Festenszstat A.: Postępy pedjatrji w ostatniem dziesięcioleciu. — Rozenblat J. i Nathan P.: Zmiany w jajnikach u ciężarnych kobiet i kotnych królic jako wyraz auto-reakcji Zondeka i Ascheima. — Lipszowicz E.: Zachowanie się odruchu rogówkowo-podbródkowego Flataua w schorzeniach korowych i pozakorowych (dok.). — Frenkiel B. i Hurwicz S.: Kastracja i sterylizacja (str. pogl., c. d.). — Gantz M.: Czyżby w Warszawie nie było już gruźlicy dziecięcej?

Lekarz Wojskowy. T. XXIV. Nr. 11, 1934. Szumowski W.: Co ma do powiedzenia o reformie studjów lekarskich profesor higjeny i filozofji medycyny. — Kawiński J.: Zadania taktyczne na szczeblu armji, omawiane na IV-ej międzynarodowej konferencji biura dokumentacji medycyny wojskowej w Liége w dniach od 27 do 30 czerwca 1934 r. — Sokołowski T.: Rola chirurga w czasie wojny. — Machniewicz Wł.: Czy nie za dużo operacyj wyrostka robaczkowego. — Krzewiński L.: O możliwościach walki z tlenkiem węgla. — Bularski J.: Higjena marszu.

OCENY.

Elektrokardiographie für die ärztliche Praxis. (Elektrokardjografja w praktyce lekarskiej). Prof. Dr. E. BODEN. 2. wydanie — Drezno — Lipsk. Th. Steinkopff. 1934. str. XIV. + 161. Cena: nieopr. 10 RM.; opr. 11,50 RM. Medizinische Praxis. T. XIV.

Wśród ogółu lekarzy elektrokardjografja (EKG) jest uważana jako metoda bez wybitnego znaczenia praktycznego, która tylko wtajemniczonym daje możność szczegółowej analizy zaburzeń rytmiki serca bez dalszych wyników praktycznych. Pojęcie to zasadniczo fałszywe Boden stara się zbić w omawianej monografji. Na licznych przykładach wykazuje on, jak na podstawie zdjęć EKG poza zaburzeniami rytmu serca można wniknąć głębiej w istotę schorzeń mięśnia sercowego, które nie zdradzają się nieraz zupełnie innemi objawami klinicznemi. Elektrokardjografja decyduje tu w rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu i w tem leży jej wartość praktyczna najważniejsza.

Monografja ujęta jest pod postacią wykładów klinicznych, co jest rzeczą bardzo praktyczną. W pierwszej części w pięciu wykładach autor przedstawia bardzo jasno podstawy teoretyczne (anatomiczne, fizjologiczne i bioelektryczne), które są potrzebne do zrozumienia powstania i tłumaczenia krzywej EKG prawidłowej jak i patologicznej. W tej części znajdujemy oryginalne schematy autora, wyjaśniające powstanie pewnych nieprawidłowych postaci krzywej EKG.

W drugiej części książki (9 wykładów) na podstawie licznych przykładów krzywych EKG, zdjętych u rozmaitych chorych, autor omawia wyniki praktyczne elektrokardjografji. Znajdziemy tu przedewszystkiem liczne krzywe, charakterystyczne dla rozmaitych typów zaburzeń prawidłowego rytmu serca. W poszczególnych wykładach omawiane są obrazy EKG, charakteryzujące zaburzenia powstałe w węźle zatokowym, zmiany EKG przy skurczach dodatkowych, napadowem kołataniu serca, drżeniu i migotaniu przedsionków, jak i przy zaburzeniach w przewodnictwie w układzie przenośnym serca. W każdym ustępie znajdują się także uwagi rokownicze i lecznicze, dotyczące poszczególnych typów niemiarowości.

W ostatnich trzech wykładach przedstawione są tak dziś bardzo aktualne zmiany EKG, spotykane u ludzi z rytmiczną akcją serca. Należą tu przypadki, w których najdokładniejsze badanie kliniczne może nie dać podstaw do wytłumaczenia dolegliwości i podań chorego, a które kryją w sobie nieraz drobne, a ciężkie w następstwa zmiany ogniskowe w mięśniu sercowym, niedające się wykryć badaniem fizykalnem. Tu elektrokardjografja decyduje o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu. W tej grupie znajdziemy przypadki ostrego i przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, zaburzeń w mięśniu sercowym, powstałych w następstwie dusznicy bolesnej, zakrzepu tętnic wieńcowych serca lub miażdżycy tychże naczyń. Bez EKG nie da się ocenić klinicznie tych przypadków; niewykonanie zdjęcia EKG byłoby błędem w badaniu lekarskiem.

Jak z powyższego przedstawienia wynika, treść książki jest obfita. Przedstawienie sprawy jest bardzo jasne i zwięzłe. Dla zrozumienia stanów nieprawidłowych krzywej EKG są podane pomysłowe schematy, korzystne dla zrozumienia genezy zaburzeń. Monografję tę musimy uważać jako bardzo aktualną i polecenia godną dla każdego lekarza praktycznego. Przeczytanie monografji powinno lekarzy zachęcić do korzystania z badań EKG, zwłaszcza w tych przypadkach, w których brak jest podstaw fizykalnych dla wytłumaczenia podmiotowych dolegliwości t. zw. sercowych, kwalifikowanych często jako pochodzenia nerwowego. EKG wykaże nieraz, że w tych przypadkach nie tak rzadko tkwi poważna zmiana w mięśniu sercowym, której inną drogą badania nie da się wykazać, a która wytłumaczy źródło zaburzeń „sercowych".

M. Franke (Lwów).

Thérapeutique hydroclimatologique des maladies du rein et des voies urinaires. A. LEMIERRE et L. JUSTIN-BESANÇON. 1934. Masson et Co. Str. 138. Cena 20 fr.

Bardzo cenna publikacja z serji Bibljoteki hydroklimatologicznej, wydawanej staraniem M. Villareta i Justin-Besançona ujmująca doskonale zwłaszcza nowoczesne poglądy na leczenie zdrojowiskowe schorzeń miąższu nerkowego, tak przyrody zapalnej jak i t. zw. „funkcjonalne".

Zagadnienie sprawności wydzielniczej nerek jako podstawa do wskazań leczniczych i metoda kontroli leczenia zdrojowego jest omówiona szczegółowo i objaśniona licznemi wykresami. Wszystkie nowe metody badania są tu uwzględnione, opisane są też wyniki badań doświadczalnych nad wpływem niektórych wód mineralnych francuskich na kurczliwość dróg moczowych (prace godne naśladowania u nas!). Szeroko rozpatrywana jest sprawa leczenia zdrojowego przypadków nadciśnienia tętniczego t. zw. swoistego jak też i wikłającego wyraźne schorzenia miąższu nerkowego. Balneografja uwzględnia konsekwentnie tylko zdrojowiska francuskie wedle ogólnej wytycznej Bibljoteki.

Sabatowski (Lwów).

Historja chirurgji francuskiej. J. DE FOURMESTRAUX. 1790-1920). Masson 1934. Paryż.

W piśmiennictwie francuskiem nielicznie tylko są reprezentowane prace z dziedziny historji chirurgji. Książka Fourmestraux'a wypełnia tę lukę, przedstawiając w sposób interesujący rozwój chirurgji francuskiej od roku 1790 do 1920. Objektywnie i barwnie przedstawił autor kolejno znane postacie mistrzów chirurgji francuskiej, przeplatając anegdotami charakteryzującemi stosunki danej epoki.

Temat nader wdzięczny, obejmuje bowiem epokę najszybszego rozkwitu chirurgji, okres rozwoju znieczulenia, antyseptyki i aseptyki. Szczególnie interesująco przedstawia się rozdział z okresu wojny światowej, która przyniosła tyle zmian w panujących przed nią poglądach.

J. L. Faure jeden z czołowych przedstawicieli chirurgji francuskiej, w przedmowie do książki wyraża przekonanie, że chirurgja operacyjna doszła już w czasach obecnych do swego szczytu rozwoju i że dalszy postęp polegać będzie jedynie na małoznacznych ulepszeniach. W przeciwieństwie do tego autor zapatruje się bardzo optymistycznie na dalszy postęp chirurgji, widząc w nowszych zdobyczach z dziedziny fizjologji, szerokie możliwości.

E. Michałowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Badania doświadczalne nad wpływem nerwów błędnych i współczulnych na serce. S. HROM. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Celem pracy było stwierdzenie działania układu wegetatywnego na serce w przypadkach przecinania odpowiednich gałązek i zmiany w mięśniu sercowym w 3 miesiące po tym zabiegu. Doświadczenia wykonane były na 23 królikach wagi około 3 kg. Zabiegi wykonywane były w zakresie n. błędnych i współczulnych na szyi. Po przecięciu jednego n. błędnego stwierdza się przyspieszenie tętna i oddechów, skrócenie czasu trwania i spłaszczenie załamka T. Po pewnym czasie T wraca do normy. Usunięcie obu n. błędnych jest zabiegiem bardzo ciężkim. Jedynie dwa króliki z liczby 9 przeżyły 3 miesiące zabieg. Śmierć następowała wskutek obrzęku płuc. Załamek T ulega zmniejszeniu i skraca się czas jego trwania. Zupełnie podobnie do tego zabiegu działa zastrzyk atropiny. Kilkakrotnie po pierwszej dożylnej dawce atropiny 0,5 mg występował niepokój serca, a w elektrokardjogramie przejściowy rytm węzłowy. Załamek T jest wyższy u osób z hiperwagotonją. Badania histologiczne u królików w 3 miesiące po zabiegu nie wykazały żadnych zmian w mięśniu ani w układzie przewodzącym serca. Przecięcie nerwów współczulnych wykazuje podwyższenie załamka T i przedłużenie czasu jego trwania.

Rawicz (Przemyśl).

Gimnastyka aorty: ROEMHELD. Med. Klin. Nr. 23. 1934.

Bierna gimnastyka tętnicy głównej polega na zmianach w ciśnieniu na jej ścianę od strony klatki piersiowej przez systematyczne zmiany ułożenia serca i zmiany ciśnienia wśródklatkowego. Uzyskać to można przez wykonywanie głębokich wdechów i wydechów, posługując się równocześnie klatką piersiową i przeponą. Tak, jak w każdej gimnastyce, chodzi i w tym razie o uzyskanie usprawnienia krążenia w samej ścianie aorty i tętnicach wieńcowych serca, zapobiegając przez to tworzeniu się w nich zmian chorobowych.

Z. Godłowski (Kraków).

Metodyka i teorja ludzkiego elektrokardjogramu. W. TRENDELENBURG. Med. Klin. Nr. 14. 1934.

W sposobie wykonywania odprowadzeń podanych przez Einthowena jest ta niedokładność, że w pewnych warunkach na krzywych elektrograficznych wychodzą drgania pochodne od skurczów mięśni szkieletowych. Elektrody elektrograficzne bowiem są umieszczane na miejscach, w których znajdują się duże grupy mięśni szkieletowych i w razie ich nawet minimalnych skurczów, prądy czynnościowe powstałe w czasie owych skurczów zostają uchwycone i utrwalone, dając na krzywej ekgramu drobne drgania. Należy więc kończyny z elektrodami układać w takich położeniach, by zupełnie znieść napięcie mięśniowe, pozatem należy pouczyć

badanych, by zupełnie zwalniali napięcie mięśniowe kończyn. Można też uniknąć tych przypadkowych wychyleń przez przykładanie elektrod do miejsc, w których niema zupełnie mięśni szkieletowych, a takiemi są na przedramieniu zewnętrzne brzegi nad kośćmi ramieniowemi i sprychowemi, względnie wyrostek kruczodziubi na ramieniu. *Z. Godlowski* (Kraków).

Wydzielanie wody przez skórę w przypadkach zaburzeń w układzie krążenia. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 176. Z. 6. S. 633.

Oznaczając ilość moczu i płynu wydzielonego przez skórę w pewnym okresie czasu (po podaniu 1 litra płynu) otrzymali autorowie współczynnik, który u zdrowych wahał się od 0,1—0,2. (stos. perspiracji skórnej do ilości moczu) u chorych z niewydolnym układem krążenia i w schorzeniach nerek wynosił ponad 0.2. A. przypuszcza, że metodę tę będzie można zastosować jako próbę sprawności układu krążenia. Opis metodyki.

W. Musial (Lwów).

Zawartość prolanu w płynie mózgowo-rdzeniowym ze szczególnem uwzględnieniem nadciśnienia samoistnego. KJELLIN T. i KYLIN E. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 176. Z. 6.

Zawartość prolanu w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach nadciśnienia samoistnego i ciążowego schorzenia nerek jest w porównaniu z materjałem kontrolnym (przyp. neurol.) wyraźnie zwiekszona (Metodyka wg. Aschheima - Zondeka).

W. Musial (Lwów).

Badania histologiczne przysadki mózgowej i innych gruczołów wkrewnych w rzucawce porodowej. GUIZZETTI (Parma). Pathologica. Nr. 516. z 15. X. 1934.

Badania histopatologiczne przysadki mózgowej w przypadkach rzucawki nie wykrywały dotychczas takich zmian stałych, któreby można wiązać z rzucawką. I tak Erdheim i Stumme na 18 przypadków rzucawki znaleźli tylko w jednym przypadku w łącznotkankowem podścielisku przedniego płatu przysadki naciek drobnokomórkowy, Berblinger również tylko raz na 6 przypadków naciek zapalny nieropny, Schmorl i Kiyono opisali po jednym przypadku z ogniskami martwicy w przysadce. Prof. G. natomiast wykrył w 6 na 7 przypadków rzucawki, zbadawszy przysadkę w skrawkach seryjnych, nacieki zapalne w płacie przednim, przypuszcza więc, że te nacieki są w rzucawce zjawiskiem stałem, dlatego tylko dotąd niewykrywanem, ponieważ ogniska nacieku są niewielkie, zajmują tylko kilka kolejnych preparatów, można więc je wykryć tylko przez badanie wszystkich preparatów z całej przysadki. Nacieki te są złożone z limfocytów, a tylko bardzo rzadko spotyka się wśród nich pojedyncze kwaso-chłonne jednojądrzaste; sadowią się około naczyń. Zdaniem prof. G. nie jest rzeczą prawdopodobną, aby te nacieki były skutkiem działania bakteryj, ponieważ ani nie znalazł takich nacieków w innych narządach, ani nie wykrył bakteryj w naciekach przysadki. Prócz tych nacieków znalazł prof. G. w przypadkach swoich w przysadce zwykłe zmiany ciążowe, a również w tarczycy i nadnerczach takie zmiany, jakie bywają w ciąży. W gruczołach przytarczycznych żadnych zmian nie było. C. (Kraków).

W sprawie etjologji nadciśnienia samoistnego i rzucawki porodowej. M. SCHEPS. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Rola tylnego płatu przysadki w nadciśnieniu samoistnem i w rzucawce porodowej nie jest dotychczas dokładnie określona. W badaniach na królikach (4) i świnkach morskich (7) zwraca autor szczególną uwagę na zmiany histologiczne po zastrzykach wazopresyny. Szczególnie ciekawem jest zachowanie się drobnych tętnic, które należy uważać za wyraz ich trwałego skurczu. Zmiany w innych narządach są niecharakterystyczne, natury zwyrodnieniowej. Niema jakiejś analogji ze zmianami w narządach kobiet, zmarłych na rzucawkę porodową. Natomiast obraz skurczu tętniczek każe przyznać wazopresynie ważną rolę w powstawaniu nadciśnienia samoistnego. *Rawicz* (Przemyśl).

Wpływ hormonu tylnego płatu przysadki na wydzielanie wody i chloru ustroju ciężarnego odnośnie do teorji powstawania eklampsji. RUPP i BICKENBACH. Arch. f. Gyn. T. 156. z. 3.

Kliniczne spostrzeżenie zatrzymania chloru u kobiet ciężarnych a zwłaszcza z obrzękami pozornie jest sprzeczne z doświadczalnem działaniem hormonu t. p. p., które wykazuje wydalanie chloru. Celem autorów było wyjaśnienie tej sprzeczności. Badania ich wykazały, że wydalanie wody nie ulega zmianie pod wpływem działania hormonu t. p. p. mimo istnienia ciąży. Natomiast spostrzeżenia co do wydzielania chloru wykazały, że wprawdzie pod wpływem doraźnego (ostrego) działania pewnej dawki hormonu t. p. p. również w ciąży występuje przez krótki czas procentowe zwiększenie się ilości chloru w moczu, jednakowoż przy stałem zatrzymaniu wody w ustroju pod wpływem działania hormonu t. p. p. występuje również zatrzymanie chloru, czyli że wobec zatrzymania wody w ustroju mimo działania hormonu t. p. p. występuje zaoszczędzenie chloru. Działanie hormonu t. p. p. zdaje się być upośledzone w czasie ciąży wskutek zmiany przemiany soli tak, że zdaniem autorów prawdopodobnie niema żadnej sprzeczności pomiędzy wykazanem zatrzymaniem chloru u osób ciężarnych a przyjęciem nadmiernego działania hormonu t. p. p. w ciąży.

K. B. (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Dwa kliniczne znaki rozpoznawcze. F. DELVAUX. Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 354. 1934.

Pierwszy dotyczy rozpoznania przepukliny pachwinowej u dzieci, która schowawszy się, nie pojawia się mimo krzyku dziecka i wstrząsania lub podskoków. Wówczas układa się dziecko nawznak i przesuwa palcem nad powrózkami pachwinowemi. Powrózek po stronie chorej jest zawsze grubszy niż po zdrowej, ponieważ zawiera inne elementy niż po stronie zdrowej, gdyż worek przepuklinowy, silniejsze krążenie i wzmocnienie włókien mięsnych dźwigacza jądra *(cremaster)* mogą wywołać jednostronne zgrubienie powrózka pachwinowego.

Drugi znak, zaobserwowany przez autora, dotyczy rokowania u chorych na przewlekłe choroby, a zwłaszcza na raka w przewodzie pokarmowym. Stwierdził on, że na krótki czas przed zbliżającym się zgonem chorzy ci domagają się niskiego ułożenia głowy w pozycji nawznak, a nadto stale zginają nogi w kolanach tak, że pięty zbliżają się do pośladków, podeszwy leżą poziomo na łóżku, obie łydki stoją pionowo i równolegle do siebie, a stawy kolanowe bujają to lekko w prawo to w lewo, lecz nigdy nie zakładają się jedno na drugie. Ta pozycja oznacza według autora rychłe zbliżanie się śmierci.

M. Blassberg (Kraków).

Wyprysk osesków chorobą alergiczną. M. PEHU i R. AULAGNER. Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 354. 1934.

Wyprysk „prawdziwy" osesków pojawia się zwykle wkrótce po urodzeniu a w każdym razie w pierwszym okresie życia. Jest dermatozą o wyglądzie swoistym, umiejscowioną przedewszystkiem na głowie, którą należy odróżniać od innych spraw skórnych, jak *dermatitis eczematiformis,* lub *dermatitis enterococcica, seborrhoica, erythrodermia desquamativa* i t. p. Badania autorów przekonały ich, że jest to choroba związana z uczuleniem ustroju wrodzonem lub powstającem w pierwszych tygodniach życia. Badania kliniczne, jak stan krwinek kwasochłonnych, hipoproteinemja i zaburzenia przemiany wodnej tego dowodzą. Stwierdzili oni dodatni odczyn śródskórny, używając białka z jaj jako alergenu i to z jaj rozmaitych ptaków. Natomiast przy użyciu jako alergenów: ryb, kakao, żółtek z jaj oraz chleba brak było odczynu u tych samych osobników. Nadto robili autorowie doświadczenia z odczynem Praussnitza-Küstnera i z metodą wiązania dopełniacza. Poza spostrzeżeniami klinicznemi także leczenie i dietetyka przemawiają za alergiczną naturą tego cierpienia.

M. Blassberg (Kraków).

Badania kliniczne nad erytrokontami Schillinga w przebiegu niedokrwistości złośliwej i w innych chorobach krwi. A. SOKOŁOWSKI. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Erytrokonty nie mają znaczenia patogenetycznego dla anemji złośliwej (a. p.), są jedynie pozostałością młodej archoplazmy. W *a. p.* stwierdza się erytrokonty jako twory zasadochłonne długości dwóch do trzech mikronów, w ilości jednego na kilka pól widzenia do kilku na cały preparat. Największa ich ilość przypada na okres przełomu retikulocytarnego. Są oporne na temperaturę 80^0. Autor stwierdził erytrokonty w chorobie Gaucher'a i w *anaemia hypochromica essentialis,* w których dotychczas nie były opisane. *Rawicz* (Przemyśl).

Znieczulanie współczulnych zwojów szyjnych dolnych w leczeniu napadów dławicy piersiowej. R. FROMENT i P. FRIEH. Jour. de méd. de Lyon. Nr. 354. 1934.

W przypadkach, w których mimo wyczerpania środków farmakologicznych codzienne napady dławicy nie ustają, zwraca się lekarz o pomoc do chirurgji. Tam, gdzie musi się unikać ryzyka operacji, uciekamy się do zabiegów znieczulania nowokainą. Miejscowe znieczulenie współczulnych zwojów szyjnych dolnych, zalecane przez Leriche'a i Fontaine'a dało autorom w 2 przypadkach częstotliwej dławicy znakomite wyniki. Wskazania: częstotliwe albo długotrwałe lub, wprawdzie lekkie, ale bardzo męczące napady dławicy. Zastrzyki znieczulające robi się po stronie

lewej a potem w razie potrzeby po stronie prawej, a wkońcu w razie potrzeby znieczula się także przykręgowo pierwsze gałązki komunikujące grzbietowe. Powtarzanie zastrzyków może wywołać stałą poprawę a w razie tylko przemijającego skutku ułatwiają one zabieg operacyjny, który powinien być zawsze poprzedzany takiemi świeżemi zastrzykami. *M. Blassberg* (Kraków).

Leczenie chorych na cukrzycę w Vichy. H. G. ROUBEAU. Nutrition. T. 4. Nr. 2. 1934.

Do leczenia w Vichy nadają się przedewszystkiem przypadki cukrzycy otyłych, t. zw. artretyczne, bez upośledzenia odżywiania, bez zaburzeń w gospodarce azotowej. Obok leczenia dietetycznego autor stosuje leczenie wodami Vichy. Woda ze źródła Hôpital ma najmniej przeciwwskazań, i w przeważającej większości przypadków wywiera korzystne działanie. Należy stosować wodę z tego źródła u cukrzycowych otyłych, lub z dną, z krwistością, z zaburzeniami dróg żółciowych. Woda ze źródła Grande-Grille powinna być stosowana po przygotowaniu pacjenta kuracją wody Hôpital — zaburzenia wątrobowe u cukrzycowych są tu głównem wskazaniem. Woda ze źróła Chomel wywiera słabsze działanie na przemianę węglowodanową, natomiast jest dobrze znoszona przez chorych z wrażliwym przewodem pokarmowym.

Mester (Kraków).

Stosowanie sorbitu u chorych na cukrzycę. M. LABBE i R. BOULIN. Nutrition. T. 4. Nr. 2. 1934.

Autorzy sądzą, że mniejszy wpływ sorbitu aniżeli glukozy na wysokość cukru we krwi i w moczu należy odnieść do gorszego wchłaniania się sorbitu z jelit. Dużą przeszkodą w stosowaniu sorbitu u chorych na cukrzycę są działania uboczne: biegunki, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i nieżyty jelit. Również należy wziąć w rachubę wysoką cenę. *Mester* (Kraków).

Czynniki, wzmagające lecznicze działanie insuliny. R. BOULIN. Nutrition. T. 4. Nr. 2. 1934.

Następujące ciała są zdolne obniżać poziom cukru we krwi: syntalina, glukhormenty i galegina. Obniżenie to jest jednak niewielkie; ze względu na trujące ich działanie nie należy ich stosować. Natomiast witamina B, folikulina, sole niklu i kobaltu nie wywierają działania trującego na ustrój — a czasami mogą wzmóc działanie insuliny. Np. w przypadku nasilania się cukrzycy w okresie miesiączki należy, obok insuliny, stosować również i folikulinę; zaś zapalenie nerwów obwodowych u chorego na cukrzycę powinno być leczone insuliną + witamina B.

Mester (Kraków).

Spostrzeżenia o powikłaniach nerwów obwodowych w cukrzycy. M. LABBE, R. BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON i H. DESOILLE. Nutrition. T. 4. Nr. 2. 1934.

Wśród zespołów bólowych, napotykanych u cukrzycowych, rozróżnić należy: 1) bóle nerwowe i zapalenia nerwów, 2) bóle, powstałe skutkiem uszkodzeń tętnic, 3) bóle mięśniowe, 4) bóle stawowe. Co do bólów i zapaleń nerwów, autorzy przyjmują ich związek przyczynowy z cukrzycą, o ile natężenie sprawy chorobowej odpowiada wahaniom cukru we krwi i to w sensie równoległym. Natomiast obustronność schorzeń nerwowych nie jest charakterystyczną. Porażenia nerwów należy raczej odnieść do czynnika *e frigore* — a nie do cukrzycy. Zniesienie odruchów ścięgnistych na kończynach dolnych, napotykane u cukrzycowo chorych, jest związane ze stanem krążenia w kończynach dolnych. Schorzenia nerwów obwodowych u chorych na cukrzycę są rzadkie — napotyka się je w 3% zaledwie. Osłabienie mięśni u cukrzycowych odnoszą autorzy do zaburzeń krążenia krwi.

Mester (Kraków).

Badania histopatologiczne w przypadkach leczniczego i doświadczalnego zatrucia salicylanem sodu. Znaczenie lecznicze cukru gronowego w przebiegu tych zatruć. MADISON H. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 176. Z. 6. S. 613.

Obraz kliniczny i anatomo-patologiczny ostrego zatrucia salicylanem sodu w 2 przyp. ostrego gośćca stawowego (dawki 49 g w 3 dniach i 23 g w 6 dniach). Podawanie dużych dawek cukru gronowego dożylnie wpływało w doświadczeniach na psach bardzo korzystnie na przebieg zatrucia. *W. Musiał* (Lwów).

Leczenie stanów przygnębienia zastrzykami własnej krwi. G. GIEHM. Med. Klin. Nr. 24. 1934.

Autor poleca stosowanie zastrzyków z własnej krwi w niektórych cierpieniach psychicznych; sposób leczenia znany zresztą oddawna w innych działach medycyny. Szczególnie nadają się do tego rodzaju leczenia przygnębienia odczynowe, w których na pierwszy plan wysuwają się dolegliwości natury cielesnej. Również stany lękowe w przebiegu zadumy dobrze oddziaływują na to leczenie. Natomiast w przygnębieniach cyrkularnych tym sposobem nie uzyskujemy żadnych wyników leczniczych.

Z. Godlowski (Kraków).

Zakażenie laboratoryjne chorobą Weila oraz leczenie jej surowicą. P. UHLENHUTH, E. ZIMMERMANN. Med. Klin. Nr. 14. 1934 r.

Przez opryskanie twarzy, względnie oczu, materjałem zakaźnym nastąpiło zakażenie, które doprowadziło do rozwinięcia się nietypowego obrazu klinicznego choroby Weila. Stwierdzono bowiem poza gorączką, nieżytowe zapalenie gardła, ognisko zapalne w płucach oraz ślad białkomoczu. Wykonano szczepienie krwi na świnkę morską tylko dlatego, że osobnik chory miał do czynienia z tym materjałem zakaźnym. W płynie wysiękowym z otrzewnej świnki morskiej wykazano krętki żółtaczkotwórcze, i tylko na tej podstawie rozpoznano chorobę Weila. Choremu wstrzyknięto dwa razy po 10 i 20 cm³ surowicy z ozdrowieńca, o mianie zlepnem 1:20000. Objawy chorobowe po zastrzyku wybitnie się zmniejszyły. Leczenie surowicą ozdrowieńców powinno się przeprowadzać, o ile możności bardzo wcześnie, jeśli wogóle tym sposobem można się spodziewać uzyskania wyników leczniczych. Poza surowicą ludzkich ozdrowieńców można używać także surowice królików. Personel pracujący przy materjale zakaźnym powinien się biernie uodparniać surowicą ozdrowieńców.

Z. Godlowski (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Znaczenie obrazu krwi w czasie porodu dla rokowania zakażeń połogowych ze szczególnem uwzględnieniem porodów operacyjnych. KOLLER i BALLAG. Arch. f. Gyn. T. 156. Z. 3.

W 410 przypadkach porodów prawidłowych i patologicznych przeprowadzili autorowie badania krwi z uwagi na zakażenie utajone i podają przebieg zmian obrazów krwi w połogu prawidłowym i patologicznym tychże przypadków. Wyniki ich spostrzeżeń są następujące. Zwiększenie w czasie porodu ilości ciałek pałeczkowatych wskazuje na wzmożone niebezpieczeństwo zakażenia. W przypadkach zwiększenia ilości tychże ciałek ponad 25% spostrzegali po operacjach pochwowych w połowie przypadków, a po cięciu cesarskiem nawet w 4/5 przyp. zakażenie połogowe, które w wielu przypadkach kończyło się śmiercią. Zwiększenie się ilości ciałek pałeczkowatych w czasie porodu ma dla rokowania daleko większe i ważniejsze znaczenie aniżeli podwyższenie ciepłoty nawet powyżej 38°, — dlatego nie powinno się tego objawu nigdy przeoczyć, zwłaszcza w przypadkach, w których ma się wykonywać cięcie cesarskie. *K. B.* (Lwów).

Stan czynnościowy wątroby i aparatu siateczkowo-śródbłonkowego po schorzeniu nerek. DIETEL i POLAK. Arch. f. Gyn. T. 154. zesz. 1.

W poprzednich swych pracach wykazali autorowie, że u osób, które przebyły stan preeklamptyczny lub eklampsję, utrzymuje się przez czas dłuższy uszkodzenie wątroby i aparatu siateczkowo-śródbłonkowego. Obecnie przeprowadzili badania w tym samym kierunku u kobiet, które przebyły schorzenie nerek *(nephropathia)*. Badania przeprowadzone u 20 podobnych kobiet przy pomocy badania czynności (obciążenie lewulozą i bilirubiną), nie wykazały nigdy poważniejszych uszkodzeń wątroby, podczas gdy przy pomocy próby obciążenia czerwienią kongo stwierdzić można było równie ciężkie i poważne uszkodzenia aparatu siateczkowo-śródbłonkowego jak u kobiet, które przebyły stan preeklamptyczny i eklampsję. Istnieje zatem różnica pomiędzy nefropatją z jednej strony a stanem preeklamptycznym i eklampsją z drugiej strony odnośnie do upośledzenia czynności wątroby.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń omawiają autorowie sposób powstania, jakoteż leczenia zatruć ciążowych. Zdaniem autorów nie powinno się u wspomnianych osób stosować chloroformu jako środka silnie trującego (dla wątroby).

K. B. (Lwów).

O operacjach na narządach rodnych. A. FROMME. Der Chirurg. 19, 1934.

W związku z ustawą sterylizacyjną w Niemczech omawia F. szereg spraw z zakresu biologji i techniki operacyjnej na podstawie piśmiennictwa i własnego (skromnego) doświadczenia. Podwiązywanie kikutów nasieniowodu po częściowem wycięciu uważa za obojętne, gdyż z reguły światło zarasta, a komórki rozrodcze zachowują żywotność, choć czasem obniżoną. Zwraca uwagę na sprawę kwarantanny pooperacyjnej ze względu na możliwość wzmo-

żenia popędu (Steinach), przy zachowanej przez pewien czas żywotności plemników w drogach odprowadzających. Wniosków nie wyciąga. Operacyjne przywrócenie płodności przez rekonstrukcję nasieniowodu uważa za możliwe, gdyż spermatogeneza może się utrzymywać kilkanaście lat. Omawia możliwość zaniku spermatogenezy po zabiegu sterylizacyjnym u młodych osobników wskutek ucisku zalegającej wydzieliny; ochronę stanowi przyjądrze — rodzaj rozciągliwego rezerwuaru, w którym ponadto następuje wsysanie. Obserwacje nad stanem psychicznym po przecięciu nasieniowodów wykazują tu i ówdzie ujemne skutki przez obniżenie popędu i pewne psychiczne otępienie, choć naogół działa zabieg w kierunku odwrotnym. F. nie spodziewa się ujemnych skutków po zabiegu sterylizacyjnym, polegającym na przecięciu nasieniowodów.

K. Czyżewski (Drohobycz).

Ostre, ropne zapalenie błony śluzowej i mięśnia macicy jako przyczyna samoistnego pęknięcia macicy. FRIEDRICH G. Arch. f. Gyn. T. 154. z. 1.

W opisanym przypadku chodzi o samoistne pęknięcie macicy w czasie porodu. Pęknięcie powstało w dolnej części ciała macicy i górnej części szyi. Klinicznie nie można było wytłumaczyć i wyjaśnić przyczyny pęknięcia. Dopiero badanie drobnowidowe stwierdziło rozległe, ropne zapalenie ściany macicy, które powstało prawdopodobnie bezpośrednio przed porodem wskutek zakażenia od zewnątrz i spowodowało znaczne uszkodzenie ściany macicy zwłaszcza w obrębie cieśni. Powstanie pęknięcia ułatwiła prawdopodobnie ponadto okoliczność, że łożysko częściowo było umiejscowione w cieśni. Poza przytoczonemi zmianami nie istniały żadne inne momenty, któreby mogły tłumaczyć pęknięcie macicy.

K. B. (Lwów).

Przypadek nabłoniaka kosmówkowego w ciąży pod kliniczną postacią białaczki. A. EYDING. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 6.

Kobieta 28-letnia, która przebyła dwa normalne porody, w 5 miesiącu księżycowym trzeciej ciąży nagle zachorowała po zażyciu 6,0 *Extr. fil. maris.* Choroba przejawiła się w postaci krwawych wymiotów i takichże biegunek. Jednocześnie wystąpiło znaczne osłabienie, oraz silna niedokrwistość. Początkowo przypuszczano ostre zatrucie środkiem przeciwczerwiowym, wyżej wymienionym, jednakowoż brak zaburzeń wzrokowych i mózgowych wykluczył tę przyczynę. Badanie krwi wykazało znaczną niedokrwistość, oraz leukocytozę, z niewielką coprawda, ale niewątpliwą zawartością form młodych. Mimo kilkakrotnej transfuzji krwi stan chorej stale się pogarszał, leukocytoza wzrastała (24.000 ciałek białych), ilość ciałek czerw. spadała (1,4 miljona). Autor postanowił usunąć macicę, przypuszczając, że istniejąca ciąża przyczynia się do pogorszenia stanu chorej. Wkrótce po zabiegu chora zmarła. Na podstawie obrazu klinicznego autor postawił rozpoznanie białaczki „myelogenicznej".

Na sekcji stwierdzono w jajnikach, gruczołach jamy brzusznej i płucach typowe utkanie nabłoniaka kosmówkowego. Wycięta macica nie wykazywała zmian chorobowych, jedynie w mięśniówce znaleziono niewielkie ognisko komórek, przypominających nabłoniaka kosmówkowego. Która ciąża stała się punktem wyjścia nowotworu, autor rozstrzygnąć nie może. Klinicznie zwraca na siebie uwagę występowanie licznych przerzutów, a przedewszystkiem zmiany krwi o charakterze białaczkowym, każącym przypuszczać istnienie zmian nowotworowych również i w szpiku kostnym. Niestety, w protokóle sekcyjnym brak wzmianki o tym narządzie.

J. Lenczowski (Lwów).

W sprawie ścisłego rozpoznawania nabłoniaka kosmówkowego. S. A. DENISENKO. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 6.

Opisując dwa śmiertelne przypadki nabłoniaka kosmówkowego, obserwowane na klinice przez długi czas, i w których właściwe rozpoznanie postawiono dopiero niedługo przed śmiercią, zwraca autor uwagę na trudność rozpoznania tego nowotworu. Dlatego należy posługiwać się wszystkiemi rozporządzalnemi metodami, a więc: zwracać uwagę na wywiady (zwłaszcza przebyty zaśniad groniasty), badać drobnowidowo, a zwłaszcza wykonywać odczyn Aschheima-Zondeka. *J. Lenczowski* (Lwów).

Opukiwanie jako metoda rozpoznawcza w ostrych schorzeniach jamy brzusznej. F. MAYER. Der Chirurg. 19, 1934.

Opukiwanie brzucha pozwala nietylko na wywołanie zjawisk słuchowych, ale równocześnie na delikatne obmacywanie. Przy pomocy nadęcia kiszki i opukiwania daje się określić stosunek guzów do niej. Delikatne pstrykanie palcem wskazującym pozwala nadto na stwierdzenie bolesności poszczególnych części otrzewnej ściennej, co prowadzi do ściślejszego ograniczenia części jamy otrzewnowej, objętej stanem zapalnym i określenia schorzałego narządu. *K. Czyżewski* (Drohobycz).

O ciekawem zaburzeniu w krążeniu krwi w pępowinie, jako rzadkiej przyczynie poronienia. A. EBERGÉNYI. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 96. Z. 1—2.

Autor opisuje przypadek poronienia w 4 miesiącu księżycowym spowodu obumarcia płodu. Śmierć płodu wywołana została zupełnem zaciśnięciem pępowiny przez mocną pętlę owodniową, idącą od kończyny górnej. Autor zwraca uwagę na rzadkość opisanej przyczyny obumarcia płodu. Sądzi również, że w niejednym przypadku, dzięki niedokładnemu oglądaniu jaja płodowego, uchodzą uwagi lekarzy podobne zaburzenia w krążeniu krwi, będące przyczyną poronienia. *J. Lenczowski* (Lwów).

Leczenie klimakterycznych neuralgij menformonem. G. PISK. Med. Klin. Nr. 2. 1934.

Przypadki neuralgji w klimakterjum, które opierały się leczeniu środkami przeciwneuralgicznemi, przy połączeniu ich z dużemi dawkami folikuliny (2000 jedn. mysich dziennie), szybko przemijały, nie dając nawrotów. *Z. Godłowski* (Kraków).

Skręt osiowy macicy w ciąży zaawansowanej, powikłanej łożyskiem przodującem, oraz inne nieprawidłowości u kobiet astenicznych. HEINZ MONTAG. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 6.

Autor szczegółowo opisuje przypadek skrętu macicy ciężarnej pod koniec ciąży u pierwiastki z łożyskiem przodującem. Osoba ta wykazywała wybitne cechy asteniczne typu ptotycznego według Mathes'a. Prócz silnego krwawienia i nieznacznych ciągnących bólów dołem brzucha pacjentka żadnych dolegliwości nie odczuwała. Autor jest zdania, że u chorej tej skręt wystąpił nie nagle, ale rozwijał się stopniowo, i gdyby nie krwawienie, spowodowane nagłem odklejeniem się łożyska przodującego, chora zapewne nie byłaby skierowaną do kliniki. Dla rozpoznania skrętu ważnem jest skośne ustawienie macicy, rozdęcie i bolesność dolnego odcinka, a przedewszystkiem nieruchomość części przodującej płodu, mimo że część przodująca zawsze w tych przypadkach znajduje się nad wchodem i ponadto zbacza na jeden z talerzy biodrowych. W przypadku omawianym wykonano laparotomję, podczas której stwierdzono skręt macicy powyżej 90 stopni. Szyja była rozdęta i przekrwiona. Macicę odprowadzono w położenie normalne i wykonano cięcie cesarskie. Płód nieżywy, łożysko prawie całkowicie odklejone. W przebiegu pooperacyjnym występował kilkakrotnie ponowny lekki skręt macicy, który jednak dawał się łatwo odprowadzić. Autor upatruje przyczynę skrętu macicy w tym przypadku w nadmiernem rozluźnieniu tkanek macicy i powłok brzusznych na tle astenji. Skręty mniejszego stopnia zdarzają się, zdaniem autora, znacznie częściej, choć rzadko kiedy bywają rozpoznawane, a przecież mogą prowadzić do powikłań porodowych. Autor przytacza trzy przypadki z własnej obserwacji, w których skręt macicy podczas porodu chociaż niewielki, spowodował jednakowoż znaczne przeciąganie się porodu. Dopiero wyrównanie skrętu i umocowanie macicy bandażem pozwoliło główce wstąpić do wchodu, a szyi rozwierać się. I u tych trzech rodzących stwierdził autor znamiona astenji. Z tego względu poleca gorąco ciężarnym noszenie bandaży ustalających, a jako środek zapobiegawczy uważa używanie sportów przez młode dziewczęta w celu wzmocnienia aparatu mięśniowo-więzadłowego, co ewentualnie może do pewnego stopnia skorygować wrodzoną anomalję.

Wkońcu autor przytacza przypadek skrętu macicy mięśniakowatej u 19-letniej dziewicy, powstałego również na tle mniejszej wartościowości więzadeł, oraz mięśnia macicy.

J. Lenczowski (Lwów).

Wpływ zjawisk atmosferycznych na wystąpienie drgawek porodowych. ENFINGER H. i WEIKERSHEIMER J. Arch. f. Gyn. T. 154. z. 1.

Materjał Kliniki Uniwersyteckiej w Frankfurcie n. M. z lat 1922 — 1932 wykazuje, że eklampsja występuje najczęściej w miesiącach maju i listopadzie.

Badanie zjawisk atmosferycznych w dniach wystąpienia eklampsji wykazało, co następuje:

1. Temperatura i przebieg ciśnienia powietrza i t. p. jako pojedyncze czynniki są niewystarczające dla charakterystyki stanu meteorologicznego i okazały się jako nienadające się do zużytkowania odnośnie do eklampsji.

2. Nie zauważono w czasie występowania eklampsji obecności w powietrzu jakichś ciał, ani też nie stwierdzono wpływu zmiany powietrza na wystąpienie schorzenia.

3. Natomiast można było stwierdzić pewien związek pomiędzy prądami ciepłego i zimnego powietrza a eklampsją. 49,6% przypadków eklampsji zanotowano w dniach o zimnym prądzie powietrza, 39.4% przypadków zachorowało w dniach, w których zanotowano ciepły prąd powietrza, a w 11% przypadków nie stwierdzono żadnych wyraźnych zmian meteorologicznych.

Jest rzeczą prawdopodobną, że wpływy atmosferyczne działają na układ nerwowy wegetatywny. Przemawia za tem częstsze występowanie eklampsji w porze wiosennej i jesiennej. Znaną jest rzeczą, że nawet w ciąży normalnej układ nerwowy wegetatywny jest bardzo silnie zaangażowany i że u osób predysponowanych bardzo często występują zaburzenia w czynności tego układu. Jeśli więc na predysponowany i preeklamtycznie schorzały organizm zadziała silny wstrząs pod postacią wspomnianych działań atmosferycznych, wówczas może łatwo przyjść do wystąpienia drgawek eklamptycznych. *K. B.* (Lwów).

Otorynolaryngologja.

Usunięcie migdałków. E. WIRTH. Med. Klin. Nr. 22. 1934.

Doświadczenie Kliniki Otolaryngologicznej w Heidelbergu poucza, że zarówno dorośli jak i dzieci nie cierpią po usunięciu migdałków na żadne dolegliwości miejscowe czy ogólne, które mogłyby być związane z wypadnięciem czynności migdałków.

Za wskazania do usunięcia migdałków autor uważa: 1. powtarzające si ęczęściej niż jeden raz do roku anginy, 2. ropnie okołomigdałkowe, 3. przewlekłe stany zapalne migdałków, pobudzające do kaszlu, 4. schorzenia innych narządów, szczególnie nerek, stawów, wsierdzia, łączących się przyczynowo ze schorzeniem migdałków. Przy głębokich ropniach okołomigdałkowych autor gorąco poleca usunięcie migdałków, celem dokładnego opróżnienia i w ten sposób przerwania lub zapobiegnięcia posocznicy.

Suchość w gardle i częste nieżyty, które według niektórych chorych mają występować po usunięciu migdałków, zależą od zmian chorobowych w jamie nosowej i od oddychania ustami.

Naogół niebezpieczeństwa operacji usunięcia migdałków, jak silne krwawienia, nawroty, zapalenia stawów, nerek i t. p. są przesadzone a wyniki operacji są bez wątpienia dodatnie.

Dr. J. Jaskólska (Kraków).

Zapobieganie chorobom uszu u noworodków. E. AGUIRRE. La Reforma Medica, Lima, Nr. 172. 1933.

Autor poleca celem zapobieżenia zapaleniom ucha u noworodków wkraplać im do nozdrzy po kilka kropel 2% roztworu argyrolu lub protargolu.

A. Abdański (Krzemieniec).

Nowa Psikaina — nowy środek znieczulający. E. BAUER. Ztschr. f. Lanryng., Rhing., Otol. u. ihre Grenzgebiete. Tom. 24, zesz. 2. r. 1933.

Autor opisuje swe doświadczenia z nową psikainą Mercka w oto-ryno-laryngologji. Wpierw próbowano jej działania przy znieczulaniu powierzchniowem. Stosowano 2% roztwory, do których dodawano na 1 cm³ po 1 kropli adrenaliny 1 : 1000. Znieczulenia powierzchniowego dokonywano zapomocą pędzlowania błon śluzowych, a przy zabiegach w nosie przez wkładanie waty lub stosując *„spray"*. Znieczulenie występowało sprawnie po kilku minutach. Wystarczało nawet u wrażliwych pacjentów do małych zabiegów w nosie, jamie nosowo-gardłowej, gardle, krtani, jak np. do płókania zatok czołowych, nakłucia zatoki szczękowej, usuwania polipów nosowych i t. d. Dawniej stosowano w tych przypadkach 10% roztwory kokainy. Spowodu szybkiego działania nowej psikainy wystarczały autorowi do badań diagnostycznych w nosie i jamach dodatkowych nosa nawet 1% roztwory. Działanie znieczulające było zupełnie dostateczne. Wypadków nie było. Przy zabiegach w krtani (przyżeganie lub wypalanie, usuwanie polipów strun głosowych, usuwanie ciał obcych i t. d.) używano 3—4% roztwory. Występował zupełny brak odruchów i praca stawała się przez to zupełnie łatwą. Nową psikainę należy więc stosować do znieczuleń powierzchniowych przy zabiegach w nosie i gardle najwyżej w 2%, w krtani zaś najwyżej w 4% roztworach. Nową psikainę używano również do znieczuleń nasiękowych. Dokonano operacyj zatok czołowych i szczękowych, na kości sitowej, usuwania małżowin, migdałków i t. d. Stosowano 0,2% roztwory, zawierające po 1 kropli adrenaliny 1 : 1000 na 1 cm³. Nie zauważono uszkodzeń tkanki, stanów zapalnych i nasięków. Z powyższych danych wynika, że nowa psikaina odpowiada wszystkim wymaganiom, jakie stawia się pełnowartościowym środkom znieczulającym o działaniu miejscowem i powierzchniowem. Nowa psikaina działa tak doskonale, że można ją polecić zamiast dotychczasowych środków.

Dr. Bader (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

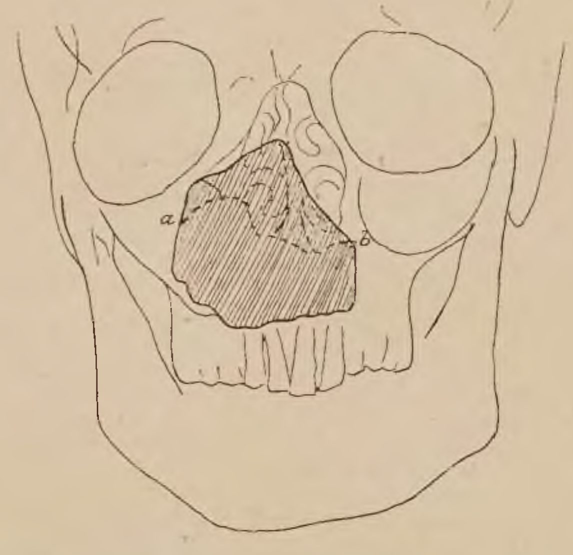
Protokół XXI. posiedzenia naukowego, odbytego dnia 12 października 1934 r.

Przewodniczy kol. T. Ostrowski.

Prezes uczcił pamięć zmarłego członka Towarzystwa Dr. Maksymiljana Betta przemówieniem pośmiertnem.

1. Kol. Cieszyński A. przedstawił *przypadek niezwykle wielkiej torbieli w nosie środkowym* u 30-letniego rolnika i łącznie z tem wygłosił referat na temat: *„O nowym sposobie operacyjnym wielkich torbieli w nosie środkowym z zepchnięciem sklepienia guza wdół celem rekonstrukcji przegrody nosa środkowego i małżowin"*. (Ryc. 1—3).

Torbiel wielkości gruszki wytworzyła się na dnie środkowego nosa, zajęła przestrzeń wyrostka zębodołowego przedniego nad zębami 3 2 1 | 1 2 3, wypełniając całą przestrzeń środkowego nosa aż do wysokości górnej małżowiny i 2/3 prawej jamy szczękowej, przyczem rozrost nastąpił przeważnie w tylnym odcinku przygardłowym (ryc. 1). Torbiel ta powstała na skutek zgorzeli

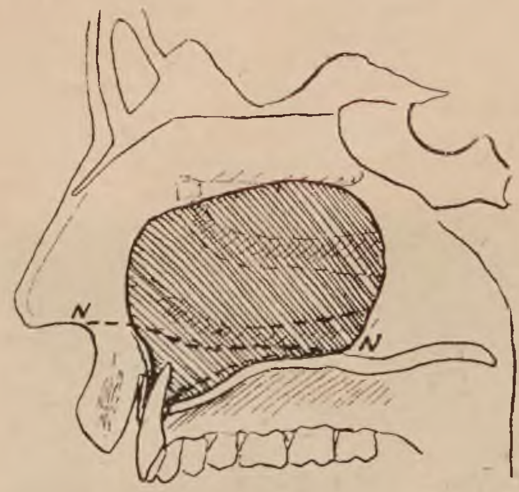


Ryc. 1. Szkic rentgenogramu potyliczno-twarzowego, wykonanego na odległość 2 m (metodą Cieszyńskiego). Płaszczyzna poziomo frankfurcka pionowo do płyty. Pole cieniowane — stan przed operacją, kreskowane — stan po operacji. (1/2 nat. wielk.).

zęba bocznego siecznego prawego, w którym miazga obumarła prawdopodobnie już przed laty wskutek jakiegoś urazu. Bóle w tym zębie wystąpiły przed dwoma laty, a przed 1½ rokiem doznał chory uderzenia kopytem w okolicę nosa, a więc w czasie, gdy już znajdowała się torbiel w szczęce górnej. Wysięk ropny do przedsionka jamy ustnej pojawił się przed 3 miesiącami. Chory nosem oddychać nie może. Operację wykonano od jamy ustnej, przednia ściana jamy torbielowej została odpreparowana według Partscha na 5 cm do góry i wycięta na tejże przestrzeni, na szerokość zaś na przestrzeni około 7 cm. Ażeby doprowadzić architekturę nosa środkowego do stanu pierwotnego, wykonał Cieszyński depresję sklepienia górnego jamy torbielowej zapomocą raspatorjum od zewnętrznego otworu nosowego lewego i prawego, skutkiem czego zostało górne sklepienie torbieli stłoczone wdół (do linji *a-b* w ryc. 1), a wymiar jej zredukował się do 1/4 (ze 120 cm³ na 30 cm³). Zęby o martwych zgorzelinowych miazgach 2 1 | 1 zostały otwarte, wyjałowione i wypełnione. Z całym rozmysłem nie wykonano operacji typowej Denkera, ażeby nie utworzyć zbiornika dla wydzieliny nosowej w okolicy wyrostka zębodołowego przedniego u podstawy nosa środkowego (poniżej linji *N N* w ryc. 2). W stanie obecnym drożność nosa została restytuowana, odpływ wydzieliny nosowej jest prawidłowy, skąpa wydzielina z redukującej się stale jamy torbielowej następuje przez otwór przedsionka jamy ustnej.

2. Kol. Cieszyński przedstawił następnie *przypadek po przewlekłem zapaleniu kości połowy trzonu żuchwy i gałęzi wstępującej oraz wynik leczenia po sekwestrotomji.* (Ryc. 4—6). Zabieg operacyjny wykonano od jamy ustnej. Wobec samoistnego złamania trzonu żuchwy, ustalono zgryz zapomocą krzywej pochyłej w górnej i dolnej szczęce oraz założono protezę celem pobudzenia kości szczękowej do szybszego odtworzenia się. — Po

pół roku stwierdzić można na zdjęciu rentgenowskiem wytworzenie prawego trzonu żuchwy i gałęzi wstępującej z wyraźną strukturą kości; na miejscu samoistnego złamania widoczne jest tylko wgłębienie zarysu żuchwy (ryc. 6). Klinicznie stwierdza się zupełną ciągłość kości szczękowej tak od zewnątrz jak i od jamy ustnej. Uzupełniająca dostawka wykazuje siłę zgryzu od 12 do 20 kg z prawej strony w miejscu ubytku kosnego, a 20—30 kg po stronie



Ryc. 2. Szkic rekonstrukcji warunków patologicznych na przekroju strzałkowym na podstawie rentgenogramu. N—N normalny poziom dna jamy nosa środkowego. Dno torbieli sięga znacznie poniżej linji N—N.



Ryc. 3. Wyniki po operacji Cieszyńskiego. Operatywnie zepchnięte górne sklepienie worka torbielowego do linji PP z prawej strony a PL z lewej strony. Zredukowany worek torbieli ma wylot do przedsionka jamy ustnej (strzałka). 4 zęby przednie zostały zresekowane.

lewej, gdzie uzębienie istnieje zupełne. Siłę zgryzu mierzono dynamometrem Habera. Przebieg leczenia był bardzo krótki, bo chory opuścił Klinikę po 2 tygodniach leczenia i przedstawił się dopiero po upływie pół roku. Linja środkowa dolnej szczęki nie wykazuje zboczenia, a dobra funkcja protezy tłumaczy się zastosowaniem klamer Jacksona do protezy ortopedycznej, skutkiem czego nacisk z prawej strony przenosi się na 3 zęby lewej strony zdrowej. Efekt kosmetyczny jest zupełny, gdyż śladów po przebytej chorobie na twarzy nie widać.

Wkońcu przedstawia kol. C i e s z y ń s k i *obustronne złamanie żuchwy w okolicy pozatrzonowcowej w ciągu leczenia.* (Ryc. 7—9). Linja złamania przebiega pionowo za drugim zębem trzonowym po prawej stronie, przyczem ząb mądrości jest zatrzymany i poziomo położony. Po lewej zaś stronie jest również zatrzymany ząb mądrości; tamże zboczenie ułamka tylnego ku środkowi i ku górze jest wybitniejsze (ryc. 7). Przed 2-ma miesiącami uległ chory przypadkowi samochodowemu. Złamanie w pierwszych trzech tygodniach nie zostało rozpoznane, stan chorobowy uważano za zwichnięcie, ponieważ chory przednich zębów nie domykał. Rozstęp między szczękami wynosił 16 mm. Następnie przekazano chorego do Kliniki Stomatologicznej U. J. K. Obecnie po założeniu od zewnątrz pociągu gumowego od szyny blaszanej do czepca (ryc. 9), oraz po założeniu w ustach w szczęce górnej i dolnej dwóch szyn z wystającemi haczykami i po połączeniu tych szyn taśmami gumowemi, nastąpiło znaczne zbliżenie szczęki dolnej z górną (ryc. 8). Spodziewać się należy, że do 10 dni nastąpi zupełne wyrównanie zgryzu. Powolne postępowanie sprawy leczenia tłumaczy się tem, że chory bardzo późno rozpoczął racjonalne leczenie, gdy już kostniwo poczęło się tworzyć a następnie i tem, że ułamki były zaklinowane między sobą.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

Ryc. 4 i 5. Przypadek II. Ostitis przeszło na połowę trzonu żuchwy i gałęzi wstępującej przed operacją wykonaną od strony jamy ustnej.

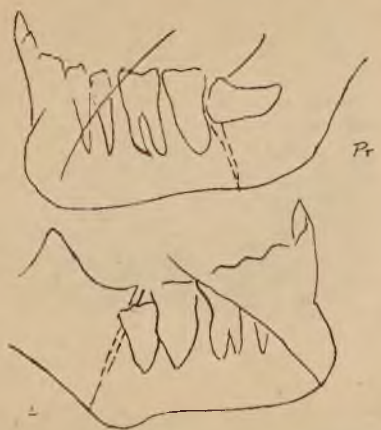


Ryc. 6. Przyp. II. Odbudowa kości po zabiegu operacyjnym, wygojenie się złamania, które nastąpiło po wyjęciu martwiaków. Prawidłowe wyleczenie bez zboczenia; chory otrzymał bowiem zaraz po operacji protezę ortopedyczną z krzywą pochyłą.

W dyskusji kol. D o b r z a ń s k i podnosi wartość zdjęcia rentgenologicznego kontrastowego po wypełnieniu torbieli lipjodolem, co już w r. 1925 w P. G. L. podkreślił w pracy ogłoszonej wspólnie z kol. Lenartowskim. Zdjęcie to daje nam możność zapoznania się przed operacją z wielkością torbieli i jej umiejscowieniem.

Odnośnie do wyboru metody operacyjnej w przypadkach wielkich torbieli szczęki górnej oświadcza się znowu za metodą Denkera z tego względu, że pozwala ona utworzyć z torbieli jamę boczną nosa i zbliżyć przez to samo do warunków fizjologicznych bardziej aniżeli metoda Partscha. Torbiel wielka operowana metodą Partscha przekształca się w uchyłek jamy ustnej nieraz bardzo głęboki, w którym zatrzymują się pokarmy i zmuszają chorego do ciągłego oczyszczania go po każdem jedzeniu.

Kol. G ą s i o r o w s k i zapytuje, czy treść torbieli była badana bakterjologicznie, gdyż przy tego rodzaju sprawach należy myśleć o *Bact. pyocyaneum* względnie otoczkowcach typu Friedländera i Abla.



Ryc. 7. Szkice rentgenogramu do przypadku III. Złamanie żuchwy obustronne w okolicy zębów mądrości.



Ryc. 8. Ustalenie fragmentów zapomocą szyny. Dolna szyna związana z górną spowodu niemożności ustalenia tylnych fragmentów wyłącznie szynami. (Przyp. III).

W odpowiedzi kol. C i e s z y ń s k i zaznacza, że w danym przypadku świadomie nie obrał metody Denkera. Uniknął bowiem w ten sposób głębokiego uchyłku utworzonego przez zanik kości w podniebieniu twardem, a tem samem retencji wydzieliny nosa, uzyskał możność rekonstrukcji anatomicznych warunków nosa środkowego — przegrody nosowej i małżowin. Przy przeprowadzonej technice operacyjnej mógł chory na 6-ty dzień po operacji opuścić Klinikę. Mylne jest mniemanie, że uchyłki w przedsionku jamy ustnej po operacjach torbieli wymagają przepłókiwania po każdem jedzeniu i wypełniają się pokarmami, i że uchyłki te długo pozostają w stanie pierwotnym. Przeciwnie, ulegają one stosunkowo szybciej redukcji, o ile nie zrobiono sztucznej komunikacji do nosa. Zamykanie ich zatykadłem jest zbyteczne. Co zaś dotyczy używania lipjodolu do zdjęć kontrastowych jam, to Cieszyński stosuje go już od r. 1923; poprzednio posługiwał się już mniejwięcej od r. 1908 papką bizmutową. Treść w danym przypadku nie była badana bakterjologicznie, gdyż klinicznie szczególnych wskazań ku temu nie było.

2. Kol. T o m a n e k, człon. T-wa, wygłosił wykład: *„O piękności w gruźlicy"*. (P. G. L. Nr. 50, 1934).

W dyskusji kol. L e s z c z y ń s k i: Gdy wyczytałem tytuł wykładu kol. Tomanka, byłem ciekaw, z której strony podejdzie on do tego ponętnego tematu. Wykładu słuchałem z zainteresowaniem, aczkolwiek przyniósł mi zgoła co innego niż oczekiwałem. Krótko bowiem wspomniał Szan. Prelegent o *„beauté phtysique"*, krótką wzmiankę poświęcił prototypowi Damy Kameljowej. A właśnie sądząc z tytułu oczekiwałem, że usłyszymy coś o swoistej piękności gruźliczego mężczyzny, o niewysłowionym wdzięku i uroku gruźliczej kobiety, o zapładniającym wpływie, jaki ten typ wywarł na literaturę i sztuki piękne. W poezji, w beletrystyce pierwszej połowy XIX wieku bohaterowie i bohaterki tysiącami chorują na gruźlicę. Przez długi okres czasu typ suchotnika lub suchotnicy dominował w literaturze. Także wśród autorów było wielu chorych gruźliczych. Pragnąłbym jednak zwrócić uwagę, że w malarstwie typ ten również znalazł szerokie uwzględnienie. Uderzyło mnie to przedewszystkiem w portrecie angielskim. Gruźlica, która dziś jest schorzeniem głównie proletarjatu, przed 100—150 laty srożyła się wśród wyższych sfer towarzystwa angielskiego. Stąd te masowe wyjazdy zamożnych Anglików na po-



Ryc. 9. Chory z ekstraoralną szyną jako przyrządem pomocniczym przy repozycji ułamków.

łudnie do słonecznej Italji, na Rywjerę, do Egiptu. W tym czasie czynną była w Anglji cała plejada świetnych malarzy-portrecistów. Był to złoty wiek portretu angielskiego. W ich obrazach, w postaciach malowanych przez nich kobiet uderza oko lekarza mnóstwo szczegółów składających się na *habitus phtysicus*; pociągła twarz, wąskie spadziste ramiona, długie palce, długa szyja, oko wielkie fosforyzujące, ocienione długą rzęsą i t. d., a obok tego czar odrębny, swoisty, gorączkowy, *morbidezz'y*. U starszego Hegartha (1697—1764) jeszczy tych typów nie spotykamy. U następców jego: J. Reynoldsa (1723—1792), T. Gainsborough (1727—1788, np. Mrs. Robinson, t. zw. Perdita, Mrs. Siddons) świetnego J. Remneya (1734—1802, znów Mrs. Robinson) niezrównanego Heppnera (1859—1810), Raeburna aż do przewykwintnego T. Lawrence'a (1769—1830, Mrs. Siddons) powtarzają się te typy chorobliwych piękności, które zapłodniły fantazję pisarzy i artystów. Była to bowiem epoka romantyzmu. (Projekcje fotografij charakterystycznych dzieł).

Kol. C i e s z y ń s k i nie zgadza się z prelegentem, jakoby zmiany degeneratywne w uzębieniu były tu cechą charakterystyczną dla gruźliczych; stwierdza, że bardzo często spotyka się właśnie u gruźliczych ładne uzębienie.

Kol. W ę g r z y n o w s k i podnosi, że temat poruszony przez prelegenta należy do zagadnienia bardzo ciekawego i aktualnego, zwłaszcza w dobie obecnej, kiedy to rozpoznanie stawia się na podstawie objawów fizykalnych, a zapomina się patrzeć na chorego.

Kol. G ą s i o r o w s k i zaznacza, że bliższe dane co do pewnego związku między gruźlicą i wyglądem zewnętrznym, a wartością duchową jednostki chorej mogą dać badania porównawcze statystyczne, ponieważ gruźlica bezwarunkowo jest schorzeniem najczęstszem.

Kol. P i s e k podkreśla, że treść odczytu zdaje się niezupełnie zgadza się z tytułem. Że pomiędzy chorymi z gruźlicą widujemy wiele pięknych ludzi, jest rzeczą niewątpliwą, ale widujemy ich i w innych grupach chorobowych. O swoistych cechach mówić jest rzeczą wątpliwą. Wszystkie cechy przytoczone przytrafiają się i u chorych innych — jeżeli lekarz zwraca na to uwagę — mówię to na podstawie półwiekowej obserwacji chorych różnego rodzaju i różnej „masy" społeczeństwa. Że nasi poprzednicy lekarze szczególniej pielęgnowali obserwację wyrazu twarzy chorego,

postawę, cerę, sposób mówienia i t. p., jest rzeczą tylekrotnie powtarzaną i że na tem opierali rozpoznanie chorób — nieraz wcale trafnie — dowodzi tradycja, np. o niezapomnianym Dietlu na klinice krakowskiej. Więc nie cechy szczegółowe, niby swoiste, drobne, ale całość obrazu chorobowego — a dziś uzupełnienie badaniami dodatkowemi decydują o rozpoznaniu. Romantyzm poetyczny, tak dziś jeszcze do nas silnie przemawiający, zwłaszcza z portretów, niestety w medycynie ustąpił poglądom trzeźwiejszym.

W. Bross, sekretarz doroczny.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół VII-go posiedzenia naukowego odbytego dnia 28 lutego 1934 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

1. Dr. Wołodzko przedstawia *przypadek nadmiernego rogowacenia naskórka u dziewczyny*.

Chora lat 28, u której pierwsze objawy zaczęły się we wczesnej młodości, stopniowo narastając doszły do objawów jeżowatości skóry, noszących nazwę *ichtyosis hystrix*. Górna połowa ciała jest prawie wolna od cierpienia, na tułowiu zaś, a głównie na kończynach dolnych przerostowe objawy na powierzchni naskórka dochodzą do 1 cm wysokości. Przypadek ten był opisany przez Prof. Nikolskiego, gdy chora była jeszcze dzieckiem. Chora leżała parę lat temu w Szpitalu „Sawicz", gdzie stosowano jej kuracię pobudzającą jajniki, ze względu na złe funkcjonowanie powyższych gruczołów. Chora prawie wcale nie miesiączkowała. Wypisana została z nieznaczną poprawą. Obecnie ma być przeprowadzona kuracja z wyciągami tarczycy, ponieważ cały szereg autorów wskazuje na wpływ tego gruczołu na powyższe cierpienie.

2. Doc. Mahrburg przedstawia *szereg preparatów anatomopatologicznych* przez siebie sporządzonych.

3. Prof. Dr. Al. Januszkiewicz referuje *sprawę obchodu 100-letniej rocznicy zgonu Jędrzeja Śniadeckiego*, powołania Komisji i przedkłada wniosek przyjęty przez plenum XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Na wniosek Przewodniczącego delegatem do Komitetu obchodu wybrano jednogłośnie prof. Al. Januszkiewicza.

4. Prof Dr. M. Rose wygłasza referat p. t.: *„O uraźności systemu nerwowego"*.

Po zdefinjowaniu uraźności ogólnej i specjalnej omówił prelegent czynniki warunkujące eklektywną uraźność systemu nerwowego. Następnie podał normalną budowę *gyrus hippocampi* tudzież zachowanie tegoż w *idiotismus amauroticus*, w atrofji Pick'a, w porażeniu postępującem, oraz pląsawicy Huntington'a. Autorowi udało się wykazać, że w schorzeniach tych występują izolowane schorzenia warstw w ściśle określonych polach architektonicznych.

Praca oddana została do druku w *Journal für Psychologie und Neurologie*.

5. Prof. Dr. K. Pelczar wygłosił odczyt p. t.: *Wrażenia z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwrakowego w Madrycie"*.

Doc. Dr. W. Zaleski, sekretarz.

Protokół Wil. Tow. Lekarskiego wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich odbytego dnia 7-go marca 1934 r.

Przewodniczy Prof. Jakowicki wspólnie z Prof. Januszkiewiczem.

1. Oczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. O. Załkindson demonstruje zdjęcie rentgenowskie, wykonane w pracowni Miejskiego Szpitala żydowskiego przez Dr. Margolisa spowodu *przebicia owrzodzenia odźwiernika po upływie 10 godzin od momentu perforacji*, bez kaszki kontrastowej. Zdjęcie wykonane w pionowej pozycji pacjenta, stwierdziło w sposób bardzo demonstracyjny obecność wolnego powietrza w jamie brzusznej pomiędzy przeponą a wątrobą, co jest niezbitym dowodem przebicia ściany narządu powietrznego jamy brzusznej. Przy operacji skonstatowano istotnie *ulcus perforatum pylori*. Wynik operacji: *sutura plastica et gastroenterostomia retrocolica* — dobry. W szpitalu żydowskim referent miał kilkakrotnie sposobność przekonania się o niezawodności tej metody badania w przypadkach nasuwających trudność rozpoznania.

W dyskusji Prof. Januszkiewicz zapytuje, jak prędko po spożyciu ostatniego posiłku nastąpiło pęknięcie wrzodu.

W odpowiedzi Dr. Załkindson zaznacza, że pęknięcie miało miejsce w nocy w 3—4 godziny po wieczerzy. Przypadek dotyczył ucznia 10-letniego, który od 2 lat miewał przypadłości ze strony przewodu pokarmowego.

3. Prof. Szmurło demonstruje: 1) *chorego po przebytym ropniu mózgowym lewostronnym płatu skroniowego*. Chory, lat 36, posterunkowy, przybył z Nowogródka, gdzie przebywał w szpitalu w ciągu 6 tygodni spowodu bólów w lewem uchu, gorączki i osłabienia słuchu. Ponieważ ostatnio wystąpiły jeszcze zaburzenia mózgowe, lekarz szpitalny skierował chorego do Kliniki Otolaryngologicznej. Badanie chorego wykazało stan półprzytomny, ze strony ucha mocne przekrwienie i uwypuklenie lewej błony bębenkowej, słuch przytępiony. Choremu przecięto błonę bębenkową i wypuszczono wydzielinę surowiczo-krwawą. Nakłucie lędźwiowe wykazało wzmożone ciśnienie w kanale mózgowo-rdzeniowym, płyn zawierał 180 c. b. Brak objawu Kerniga, brak sztywności karku, objawy Oppenheima i Gordona wyrażone. Stan psychiczny, jak wyżej, trwał nadal. Prelegent rozpoznał ostre ropne zapalenie ucha środkowego, powikłane ropnem zapaleniem wyrostka sutkowego, co spowodowało ropień płatu skroniowego mózgu. Prelegent podczas operacji potwierdził swe rozpoznanie. Z ropnia wypuszczono dużo ropy — gojono ranę sączkowaniem — po 3 tygodniach znaczna poprawa, chory odzyskał przytomność i zaczął chodzić. W przypadku tym na uwagę zasługuje skryty przebieg ostrego ropotoku usznego i zapalenia wyrostka sutkowego, w następstwie czego powstał ropień mózgu.

2) *guz wielkości małego jaja kurzego, wyłuszczony z migdałka u chorej*, lat 55, która zwróciła się do Kliniki spowodu przeszkody w gardle występującej od kilku miesięcy i stale się zwiększającej. Istotnie w okolicy lewego migdałka okazał się duży guz, znacznie zwężający cieśń gardłową. Guz, niezrośnięty z otoczeniem, został przez prelegenta wyłuszczony z łatwością. Badanie drobnowidowe wskazuje, że jest to cylindromat, nowotwór złośliwy i względnie rzadki.

4. Doc. Dr. St. Mahrburg omawia stronę kliniczną i demonstruje szereg *preparatów anatomiczno-patologicznych* zmontowanych własną metodą:

1) preparat przerostu odźwiernika noworodka,
2) preparat przerostu odźwiernika mężczyzny, lat 45,
3) preparat guza podstawy mózgu dziecka, lat 4 (glejak),
4) preparat guza podstawy mózgu mężczyzny z objawami kacheksji przysadkowej oraz zanikiem przez ucisk siodełka kości klinowej (śródbłoniak),
5) preparat raka pęcherzyka żółciowego z licznemi przerzutami,
6) preparat wrodzonego otworu krezki i spowodowanego przez niego skrętu jelit (przypadek Dr. Siedleckiego).

Pozatem Dr. Doc. Mahrburg demonstruje szereg innych preparatów z materjału sekcyjnego Zakładu Anatomji Patolog.

5. Dr. Z. Waśniewska: *Przypadek kamicy trzustkowej*. (Rzecz przeznaczona do druku).

6. Dr. St. Januszkiewicz: *Żylaki przełyku w obrazie rentgenowskim*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Szabad *zapytuje*, czy w omawianym przypadku było krwioplucie.

W odpowiedzi Dr. St. Januszkiewicz zaznacza, że się powtarzały duże krwotoki. Przytoczone przypadki były jako takie rozpoznane klinicznie — badanie rentgenowskie potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

7. Dr. Salitówna: *Przypadek akromegalji z ciężkiem zaburzeniem przemiany węglowodanowej*. (Rzecz przeznaczona do druku).

A. Januszkiewicz.

Piętnastolecie Koła Medyków U. P.

W niedzielę dnia 25 listopada b. r. obchodziło Koło Medyków przy Wydziale Lekarskim U. P. swoje piętnastolecie istnienia, upamiętnione uroczystym obchodem. Uroczystość poprzedziło nabożeństwo, odprawione w kaplicy Nowego Domu Akademickiego, poczem delegacja Koła Medyków z kuratorem na czele udała się na cmentarz św. Wojciecha, gdzie złożyła wieniec na grobie zasłużonego Kuratora Koła śp. Rektora prof. Antoniego Jurasza, sen., prof. Uniwersytetu w Heidelbergu i Lwowie, oraz honorowego prof. U. P.

W południe odbyła się uroczysta akademja w Auli U. P. pod protektoratem J. Magnificencji prof. St. Rungego i Rady Wydziału Lekarskiego. Słowo wstępne wygłosił prezes Koła Medyków p. M. Dębicki i powitał zebranych gości. Następnie przemawiali pp. prof. Runge, jako rektor U. P., który wskazał, że zawód lekarza jest jednym z najcięższych i najwięcej odpowiedzialnych. Praca w Kole winna mieć na celu nietylko ugruntowanie bytu członkom, ale zmierzać w kierunku tworzenia nauki polskiej. Wzorem na tej drodze niech będą świetlane postacie śp. rektora Święcickiego i śp. prof. Antoniego Jurasza, sen.

Jako dziekan Wydziału Lekarskiego U. P. zabrał głos prof. K. Jonscher, który wniósł apel do młodzieży medycznej, by nie ustawała w pracy wyrabiania prawych charakterów.

Prof. A. Jurasz jun., Kurator Koła, porównał studenta doby obecnej ze studentem przedwojennym. Wskazał na jego trudności materjalne, które mu utrudniają studja i każą na każdym kroku walczyć. A mimo to młodzież ta pracuje z zapałem i poświęceniem. Przez 10 lat swego urzędowania nie miał powodu do niezadowoleń. Przemówienie swoje zakończył życzeniami dalszej owocnej pracy.

Prof. A. Wrzosek, były kurator Koła Medyków, scharakteryzował i porównał postacie śp. rektora Święcickiego i Karola Marcinkowskiego. Obie te postacie winny zawsze być przykładem dla członków, którym przypada walczyć z trudnościami materjalnemi.

W imieniu założycieli Koła Medyków przemawiał dr. K. Werner, który przedstawił w krótkim zarysie historję Koła.

Na drugą część złożyły się produkcje artystyczne. Primadonna opery p. dr. W. Roesler-Stokowska przy akompanjamencie p. H. Andersa odśpiewała pieśni Galla, Moniuszki i Niewiadomskiego, które cieszyły się ogólnem uznaniem. Kwartet smyczkowy w składzie pp. Sibilski, Ober, Jercha i Talasiewicz wykonał Koncert Es-dur Bacha.

Na zakończenie chór „Echo" pod dyrekcją prof. Raczkiewicza odśpiewał pieśni Lachmana i Wallek-Walewskiego.

W. S. (Poznań).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Kazimierz Czyżewski, sekretarz Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej, z którego cennej współpracy zrezygnować musieliśmy spowodu opuszczenia przez Niego Lwowa, mianowany został prymarjuszem Oddziału Chirurgicznego Szpitala Powszechnego w Drohobyczu.

Redakcja P. G. L. składa tą drogą swemu byłemu współpracownikowi serdeczne życzenia pomyślnych wyników pracy na nowem stanowisku.

Prof. Uniw. Poznańskiego Dr. A. Laskiewicz zamianowany został członkiem-korespondentem T-wa Otolaryngologicznego francuskiego w Paryżu.

Dr. Franciszek Dulak z Chicago mianowany został członkiem miejskiego Wydziału Zdrowia tegoż miasta.

Odsłonięcie tablicy ś. p. prof. Kazimierza Rzętkowskiego. W grudniu b. r. przypada 10-lecie śmierci prof. Kamimierza Rzętkowskiego. W celu upamiętnienia zasług śp. profesora Rzętkowskiego Wydział Lekarski ufundował tablicę Jego Imienia w sali wykładowej I-ej Kliniki Wewnętrznej U. W. w Szpitalu św. Ducha, której to kliniki profesor Rzętkowski był pierwszym dyrektorem w Niepodległej Polsce. Spowodu pierwszego dziesięciolecia w celu uczczenia Pamięci Zmarłego byli asystenci Jego przeznaczyli 1000 zł jako nagrodę za najlepszą pracę z zakresu patologji wewnętrznej ogłoszoną w polskich pismach lekarskich w roku 1935. O utworzenie sądu zwrócono się z prośbą do Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Odsłonięcie tablicy przez Pana Dziekana Wydziału Lekarskiego U. W. odbyło się dnia 2 grudnia b. r. o godz. 12-tej w sali wykładowej I-ej Kliniki Wewnętrznej w Szpitalu św. Ducha.

Zmarli.

Dr. Scherbel Simon z Leszna zmarł tragicznie w wieku 76 lat.

W Halle zmarł w wieku 66 prof. hon. medycyny wewn. dr. Hugo Winternitz, autor wielu prac naukowych, szczególnie z dziedziny przemiany materji.

W Belfast (Irlandja) zmarł w wieku lat 63 prof. John Milroy, fizjolog i biochemik, autor wielu prac dotyczących oznaczania glukozy w krwi oraz pentoz.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XXVII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się dnia 30 listopada 1934 w Collegium Maximum. Pokaz filmów lekarskich z Zakładu Lekarsko-Kinematograficznego Uniwersytetu w Berlinie. 1. Emigracja ciałek białych przy zaburzeniach w krążeniu. 2. Zapłodnienie i pierwsze okresy podziału zarodka królika. 3. Krętki blade. 4. Czynność serca. 5. Oddychanie. 6. Przeszczepienie ścięgien przy porażeniu nerwu promieniowego.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 4 grudnia 1934 r. 1. Hirszfeld L. Swoiste i nieswoiste odczyny odpornościowe. 2. Radlińska J. i Szenicer St. Doświadczenia kliniki chirurgicznej II nad uśpieniem dożylnem.

W dn. 23. listopada r. b. odbyło się w sali Zakładu Fizjologji Uniwersytetu Warszawskiego LXXX posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów. Po części naukowej, która obejmowała pokaz doc. W. Zawadowskiego p. t. „Przypadek zawału mięśnia sercowego z wytworzeniem tętniaka serca", oraz odczyt dra B. Grynkrauta p. t. „Leczenie nowotworów metodą jednobiegunową według prof. Chaoula" odbyły się wybory do nowego Zarządu. Wynikiem wyborów prezesem obrany został dr. Zygmunt Stankiewicz, wiceprezesem — dr. Marja Werkenthin, sekretarzem — dr. Jan Kryński, oraz skarbnikiem — dr. Wiktor Kaliciński.

Różne.

Z kraju.

Coraz więcej naukowych pism lekarskich zamieszcza na końcu artykułów streszczenia w języku Esperanto. I tak oprócz pism japońskich z „Biuletynem Medycyny Sądowej Fakultetu Lekarskiego w Nagasaki" na czele, streszczenia takie drukują obecnie: „Le Phare Médicale de Paris" i „Le Journal de Médecine de Lyon", belgijskie: „Bulletin de la Societé Belge d'Orthopedie" (Bruksela) i „Annales de Médecine Physique et de Physio-Biologie" (Antwerpja) oraz hiszpańskie: „La Medicina Catalana" (Barcelona), a z polskich pism „Gastrologja Polska".

Ostatni tydzień październikowy wskazuje na silne zmniejszenie się nasilenia następujących chorób zakaźnych w Polsce: duru brzusznego, czerwonki, płonicy i błonicy, zwiększyło się zaś nasilenie odry i krztuśca.

Niemcy.

Dla ochrony młodzieży uczącej się przed możliwością zakażenia jej gruźlicą przez personel nauczycielski, pruskie min. oświaty nakazało, by jako warunek tak wstąpienia do seminarjów nauczycielskich jak i objęcia służby nauczycielskiej wymagany był wykluczający gruźlicę wynik badania rentgenologicznego (prześwietlenie ewent. zdjęcie). Rozporządzenie to ustala równocześnie, iż koszta takiego badania rentgenowskiego nie mogą wynosić więcej jak 5 marek n.

Spis ludności Państwa Niemieckiego (z zagłębiem Saary) z roku 1933 wykazał ogólną ilość mieszkańców: 66,048,461, z tego mężczyzn: 32,101.312.

Niemieckie Min. Spraw Wewnętrznych analizuje w swem wydawnictwie (Rd. Erl. d. Md. J. z 6. X. b. r.) dobre i złe strony porodów przeprowadzanych w domu i zakładach położniczych, dochodząc do konkluzyj, że tak lekarskie jak i społeczne przesłanki przemawiają raczej za tem, by prawidłowo przebiegający poród odbywał się w domu położnicy a nie w szpitalach lub klinikach.

A. Hase (Berlin - Dahlem) przeprowadził, naśladując doświadczenia w tym kierunku w Grecji już robione, próby usuwania pluskiew z mieszkania zapomocą metody biologicznej, mianowicie rozpowszechnienia pająka *(Thanatos flavidus)*. Próby wykonane były w ubikacjach, stale zajmowanych przez zwierzęta (koty, świnki morskie, króliki i szczury) i bez ich opróżniania doprowadzały do zupełnego uwolnienia od pluskiew.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.